Klinische Analyse und therapeutische Bemerkungen über 2500 Fälle

aus der

Dermatologischen Abteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik

(Gewesener Vorstand: Prof. Dr. Rille)

beobachtet im Studienjahre 1897/1898.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

AGAD. BIBL

vorgelegt von

Erich Conradi

aus Limbach i. Sachsen.

Leipzig.

Druck von Bruno Georgi.

1906.

Der medizinischen Fakultät zu Leipzig vorgelegt und zum Druck genehmigt am 26. Juli 1906.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffmann.

Meinen Eltern in Dankbarkeit.

Die Anregung zu dieser Arbeit wurde gegeben durch ähnliche Zusammenstellungen, welche die amerikanischen Dermatologen Bulkley und White von ihrem poliklinischen Materiale gegeben haben, und ganz besonders durch eine, viele bemerkenswerte klinische und therapeutische Beobachtungen enthaltende Publikation von Prof. Dr. Felix Block, betreffend 3000 Fälle von Hautkrankheiten aus Prof. Dr. Köbners dermatologischer Poliklinik zu Berlin.

Die vorliegende Arbeit umfasst das gesammte Krankenmaterial der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis an der Wiener Allgemeinen Poliklinik während des Studienjahres 1897/98, (November 1897 bis einschliesslich September 1898), welche sich in diesem Zeitraume unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Rille befand[1]).

Die daselbst behandelten Kranken entstammten zum grössten Teile dem Arbeiter-, Handwerker- und Subalternbeamtenstande sowie deren Angehörigen. Dabei ist das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Patienten annähernd wie 3 : 1 (unter 2500 Patienten finden sich 866 weiblichen Geschlechts).

Der Zweck dieser Arbeit soll sein, das zur Beobachtung gelangte Krankenmaterial unter statistischen, klinischen und therapeutischen Gesichtspunkten zu beleuchten, gleichwie verschiedene Fälle seltener oder sonst bemerkenswerter Erkrankungen eingehender mitzuteilen.

[1]) Die dermatologische Abteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik stand von 1872 bis 1884 unter der Leitung von Prof. Dr. Heinrich Auspitz, von 1884 bis 1896 unter der von Prof. Dr. Hans v. Hebra.

Die Häufigkeit der beobachteten Affektionen stellt sich folgendermassen dar:[1])

A. Hautkrankheiten.

I. Funktionsanomalien.

	Männer	Frauen	Summa
Hyperidrosis	9	5	14
Seborrhoea	22	34	56
Comedo	7	4	11
Milium	1	5	6
Atheroma	6	1	7
Pruritus cutaneus . .	12	3	15
Pruritus senilis . . .	7	—	7

II. Haemorrhagiae cutaneae.

Purpura haemorrhagica	1	2	3

III. Entzündungsformen der Haut.

1. Vorwiegend akute entzündliche Dermatosen.

a) Acut exanthematische Infektionskrankheiten.

Erythema infectiosum .	2	—	2
Morbilli	—	2	2
Varicella	—	2	2
Erysipelas	2	—	2

[1]) Bei den Hautkrankheiten bediente ich mich im wesentlichen der dem Lehrbuche von Rille zugrunde gelegten Einteilung.

	Männer	Frauen	Summa
b) Erythemformen.			
Erythema multiforme .	11	12	23
Erythema nodosum . .	—	1	1
Erythema chronicum (Menokelis). . . .	—	1	1
Urticaria	18	16	34
Urticaria pigmentosa .	—	1	1
c) Bläschenausschläge.			
Herpes zoster. . . .	13	7	20
Herpes labialis . . .	5	2	7
Herpes genitalis . . .	33	4	37
Sudamina	5	4	9
d) Entzündungen mit Ausgang in Geschwürsbildung und Nekrose.			
Vulnera.	8	2	10
Morsus insecti . . .	1	—	1
Stigmata ex injectione morphini	—	1	1
Excoriationes ad varia loca e causis diversis	24	10	34
Combustio	5	1	6
Perniones	3	5	8
Phlegmone	12	6	18
Carbunkel	1	—	1
Furunkel	33	8	41
Furunculosis multiplex infantum	1	1	2
2. Vorwiegend chronische entzündliche Dermatosen.			
a) Squamöse Dermatosen.			
Psoriasis	59	30	89
Lichen ruber	8	2	10
Lichen scrofulosorum .	1	—	1

	Männer	Frauen	Summa
b) Juckausschläge.			
Eczema	336	231	567
Intertrigo	12	—	12
Prurigo	17	6	23
Strophulus	1	—	1
c) Follikulitiden.			
Acne vulgaris . . .	57	42	99
Acne varioliformis . .	—	1	1
Acne serpiginosa nasi .	1	—	1
Acne teleangiectodes .	2	—	2
Acne artificialis . . .	1	—	1
Acne jodica	3	—	3
Acne rosacea	25	16	41
Rhinophyma	2	—	2
Folliculitis nuchae . .	3	—	3
Hordeolum	1	—	1
Sycosis	20	—	20
d) Blasenausschläge.			
Pemphigus	3	1	4
Pemphigus infantum .	1	—	1
e) Pustelausschläge.			
Impetigo contagiosa .	9	—	9
f) Entzündung mit Ausgang in Geschwürsbildung.			
Ulcus cruris	6	11	17
IV. Infektiöse Granulationsgeschwülste.			
Lupus vulgaris . . .	12	3	15
Scrofuloderma . . .	5	2	7
Tuberculosis verrucosa cutis	6	4	10
Tuberculosis miliaris ulcerosa	1	—	1
Lepra	1	—	1

	Männer	Frauen	Summa
V. Dermatomykosen.			
Favus	6	—	6
Herpes tonsurans vesiculosus	9	6	15
Herpes tonsurans capillitii	—	2	2
Sycosis parasitaria . .	3	—	3
Eczema marginatum .	9	1	10
Pityriasis rosea . . .	15	7	22
Pityriasis versicolor .	32	15	47
VI. Hauterkrankungen durch tierische Parasiten.			
Scabies	63	21	84
Pediculi capitis . . .	1	26	27
Pediculi vestimentorum	4	2	6
Pediculi pubis . . .	23	1	24
Excoriationes e cimicibus	5	10	15
Petechiae e pulicibus .	5	2	7
VII. Hypertrophiae.			
Naevus	2	11	13
Ephelis	1	1	2
Chloasma	—	2	2
Icterus	1	—	1
Cornu cutaneum . . .	1	—	1
Tylosis	1	2	3
Verruca	19	16	35
Ichthyosis	3	—	3
Lichen pilaris . . .	2	1	3
Acanthosis nigricans .	—	3	3
Onychogryphosis . .	1	—	1
Scleroderma	2	1	3
Elephantiasis Arabum .	2	2	4

VIII. Atrophiae.	Männer	Frauen	Summa
Vitiligo	2	2	4
Effluvium capillorum .	6	9	15
Alopecia areata . .	23	6	29
Trichoptilosis	1	—	1
Atrophia cutis idiopathica	1	1	2
Lupus erythematosus .	5	8	13
IX. Neoplasmata.			
Keloid	1	—	1
Narbenkeloid	—	1	1
Fibroma molluscum . .	2	—	2
Lipoma	—	1	1
Lymphangioma . . .	1	—	1
Naevus vascularis . .	—	6	6
Molluscum contagiosum	6	3	9
Condyloma acuminatum	15	3	18
Sarcoma	1	—	1
Carcinoma	3	3	6
B. Venerische Krankheiten.			
Syphilis	202	57	259
Ulcus molle	53	5	58
Gonorrhoe und Komplikationen. . . .	270	25	295
C. Anderweitige Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.			
Balanitis und Posthitis .	27	—	27
Orchitis epidemica . .	1	—	1
Tuberculosis epididymidis	1	—	1
Cavernitis senilis . .	1	—	1
Paraurethraler Gang .	1	—	1
Cyste des Präputiums .	1	—	1

	Männer	Frauen	Summa
Kryptorchismus . . .	1	—	1
Hydrocele	3	—	3
Varicocele	4	—	4
Hernia inguinalis . .	9	—	9
Hypertrophia prostatae	3	—	3
Strictura urethrae . .	2	—	2
Phimosis congenita . .	4	—	4
Paraphimosis traumatica	5	—	5
Pruritus vulvae . . .	—	1	1
Vulvitis	—	3	3
Aphthen des weiblichen Genitale	—	3	3
Dysmenorrhoea . . .	—	1	1
Spermatorrhoea . . .	6	—	6
Urethrorrhoea ex libidine	1	—	1
Neurasthenia sexualis .	1	—	1
Phlebectasia ad orificium urethrae	1	—	1
Hämorrhoiden . . .	4	1	5
D. Mund- und Rachenaffektionen.			
Stomatitis mercurialis .	1	—	1
Stomatitis aphthosa .	9	2	11
Ulcus traumatic. linguae	4	1	5
Angina follicularis . .	2	1	3
Abscessus tonsillaris .	1	—	1
Abscessus in regione palati duri . . .	1	—	1
Ranula	1	—	1
Fistula e dente carioso	1	1	2
Periostitis e dente carioso	—	3	3
Hypertrophia labii oris e scrophulosi . . .	—	2	2

Nicht in das Bereich der Poliklinik gehörten folgende Erkrankungen, die den betreffenden Spezialkliniken und -Polikliniken überwiesen wurden:

	Männer	Frauen	Summa
Varia interna	10	4	14
Varia chirurgica . . .	10	6	16
Varia oculistica . . .	5	7	12
Varia otiatrica . . .	3	1	4

Ohne augenscheinliche Krankheit befunden wurden 26 Personen, 24 Männer und 2 Frauen; diese nahmen meist aus Furcht sich venerisch infiziert zu haben, Rat und Hilfe der Poliklinik in Anspruch.

Von Operationen wurden in der Poliklinik folgende ausgeführt:

Inzisionen bei	
Bubo	6
Drüsenabscess am Halse	2
Phlegmone	4
Furunkel	7
Abscess der Bartholini'schen Drüse . . .	2
Cyste der Unterlippe .	1
Entfernung von	
Milien	4
Molluscum contagiosum	1
Naevus	3
Rhinopyhma	1
Exstirpation von	
Atheromen	4
Keloid	1
Warzen	3
Kauterisation von	

Verrucae	15
Naevi	10
Epitheliom	4
Angiom	4
Excochleation bei	
Lupus vulgaris und Tuberculosis verrucosa cutis	10
Verrucae	9
spitzen Condylomen . .	7
Epilation (bei Sycosis) .	6
Skarifikation (bei Acne vulg. und rosacea . .	10
Phimosenoperation . . .	1
Reposition von Paraphimose	3

A. Hautkrankheiten.

Funktions-Anomalien.

Unter den Anomalien der Schweisssekretion finden sich 14 Fälle von **Hyperidrosis** localis und zwar an den Füssen 9, an Händen und Füssen 3 und an den Händen und in der Achselhöhle je 1 mal. Dieser lästige Zustand findet sich besonders bei Personen jugendlichen Alters, manchmal in Kombination mit Anämie und schlechter Verdauung, Seborrhöe und Neigung zu Pernionen. Auch in unseren Fällen betraf das Leiden 9 mal Individuen im jugendlichen Alter von 11 bis zu 28 Jahren, 5 mal aber ältere Leute. Bezüglich des Geschlechtes war kein Vorherrschen des einen oder anderen zu konstatieren. Ein Fall betraf einen 11jährigen Knaben mit Hyperidrosis pedum und Pes planus, ein, wie bekannt, nicht seltenes Zusammentreffen.

Therapeutisch wurde in 8 Fällen das altbewährte, wenngleich umständliche Verfahren von Hebra mit Unguentum diachyli benutzt, meist wurde ein 1 % Zusatz von Karbolsäure gemacht. Ferner gelangte Unguentum vaselini plumbicum und Salicylseifenpflaster zur Anwendung. Bei Fussschweiss wurde als Streupulver Amylum oder Pulvis salicylic. c. Talco, gelegentlich auch Tannoform verwendet, bei Hand- und Achselschweissen Einpinselungen mit Tinctura Jodi, Tinct. Rusci oder Naphtolspiritus.

Analog der pathologisch gesteigerten Schweisssekretion fand sich eine übermässige Talgsekretion in 36 Fällen, bei 22 Personen männlichen und 34 weiblichen Geschlechtes. In reichlich $^2/_3$ der Fälle betraf die Anomalie ebenfalls das jugendliche und mittlere Lebensalter vom 16. bis 35. Lebensjahre. Sie trat auf als **Seborrhoea** sicca und oleosa und war in erster Linie im Gesicht und am behaarten Kopfe lokalisiert. In einem Falle war gleichzeitig Hyperidrosis axillaris vorhanden, in 6 Fällen war sie gefolgt von Defluvium capillorum.

Die Therapie bestand in Einreibungen mit Salicylspiritus (33 mal), Borspiritus, Karbolspiritus, Hebra'schem Seifenspiritus (3 mal) oder folgender Kombination: Spir. vin. Gall. 50,0, Aether sulfur. 10,0, Tinct. Benzoes 0,3, Acid. salicyl. 0,3. Zur Aufweichung von seborrhoischen Schuppenkrusten wurde weisse Präzipitatsalbe und Salicyllanolinvaseline angewendet.

Comedonen fanden sich bei 7 Personen männlichen und 4 weiblichen Geschlechtes, vornehmlich im jugendlichen Alter. Die Therapie war dieselbe, d. h. Entfernen der Fett- und Epidermiskrusten mit Hebra'schen Seifenspiritus. Ferner wurde Salicylseifenpflaster verwendet, Unguentum diachyli mit Karbolsäure, in einem Fall auch die mechanische Entfernung durch Inzisionen.

Ebenfalls als Talgretention pflegen die **Milien** angesehen zu werden, von anderen werden sie indes aus versprengten und dann verhornten Epithelkeimen hergeleitet. Bekannt ist ihr Vorkommen in der Nachbarschaft von Narben und auf dem Boden abgeheilter Blasen von Pemphigus vulgaris. Rille beobachtete ihre Entwicklung an Stelle der pigmentierten Reste eines im Gesichte lokalisierten nummulären Syphilides. Milien fanden sich bei einem Manne und bei 5 Frauen. 4 mal wurden sie abgetragen, 1 mal kauterisiert und 1 mal mit Salicylseifenpflaster behandelt.

Hauptsächlich durch ihre Grösse, aber auch durch ihren Sitz in der Subcutis unterscheiden sich die **Atherome** von den noch in der Haut liegenden Milien. Sie finden sich daher besonders am behaarten Kopfe. In unseren Fällen fanden sich die Atherome bei 6 Männern und einer Frau, welche sämtlich im mittleren Lebensalter standen. Bei 3 Kranken war die Lokalisation am äusseren Augenwinkel vermerkt, bald mehr nach der Schläfen- oder nach der Jochbeingegend sich erstreckend. 4 mal wurde die Exzision ausgeführt.

Als **Pruritus cutaneus** bezeichnen wir eine chronische Hautkrankheit, die sich dokumentiert in Jucken, das durch keinerlei äusserlich ersichtliche Momente bedingt ist. Die Ursachen sind sehr mannigfache: chronische Obstipation, Dysmenorrhöe, Eintritt der Menopause, Ikterus, Diabetes, Nierenentzündung, sowie seniler Marasmus. In manchen Fällen ist die Ursache nicht nachweisbar, die Prognose somit auch ungünstig.

Unter unseren Fällen befanden sich 7 von **Pruritus senilis** bei Greisen von 74 bis 87 Jahren. Die übrigen 15 Patienten gehörten den verschiedensten Altersstufen an. Die Behandlung erfolgte mit 1—2% Salicylspiritus, Karbolspiritus und Karbolpillen (Acid. carbol. 5,0 auf 50 Pillen, 3 Stück täglich). Bei Pruritus ani wurde Tinctura Rusci nebst Sitzbädern verordnet.

Entzündungsformen der Haut.

Akut exanthematische Infektionskrankheiten.

Varicella wurde bei Mädchen von 1 und 3 Jahren beobachtet.

Morbilli wurden bei einem 13jährigen Mädchen und bei einer 26jährigen Frauensperson konstatiert. Das Vorkommen solcher akut exanthematischer Infektionskrankheiten, welche sonst zu den Kinderkrankheiten zählen, ist bei Erwachsenen von

erhöhtem diagnostischen Interesse. Wie bekannt, werden Varicellen bei Erwachsenen gelegentlich als Pocken diagnostiziert und Masern als syphilitische Roseola. Morphologisch lässt sich ja das Exanthem der Morbillen kaum von der als Erythema papulatum syphiliticum bekannten Variante differenzieren. Nicht ganz selten kommen daher jugendliche weibliche Individuen mit der Diagnose „recente Lues“ an die dermatologischen Kliniken. Rille hebt hervor, dass die auffallende Beteiligung des Gesichtes bei solchen Fällen in erster Linie für Masern spreche.

Erythema infectiosum wurde bei zwei Knaben im Alter von 6 und 13 Jahren beobachtet. Unter dieser von Sticker gewählten Bezeichnung verstehen wir eine vordem von Tschamer als lokalisierte Röteln beschriebene und später auch von Gumplowicz und von Rille[1]) als Rubeola aufgefasste und, was die Hauterscheinungen betrifft, klar definierte epidemisch vorkommende Kinderkrankheit. Das Exanthem besteht aus hanfkorn- bis über-linsengrossen, zinnoberroten oder in das Bläuliche spielenden Flecken von mehr zackiger als rundlicher Begrenzung. Gerade in der Konfluenz mittels feiner, netzförmiger Ausläufer sieht Rille das Hauptmerkmal dieser Hautveränderungen. Die Gesichtshaut, die Nates und die Streckfläche der Oberextremitäten erscheinen hierdurch wie gesprenkelt, während am Stamme mehr isoliert stehende Efflorescenzen hervortreten. Im Gesichte besteht gelegentlich Elevation der Flecke über das Hautniveau. An Druckstellen (Rücken, Nates) ist das Exanthem besonders dicht. Die Eruptionen erfolgen mehr protrahirt, sodass das Exanthem 2 Wochen und darüber zu persistieren vermag. Prodromi, Fieber und sonstige Allgemeinsymptome fehlen. An dem epidemischen Auftreten ist nicht zu zweifeln, wenngleich die Kontagiosität keine bedeutende sein mag.

[1]) Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 17.

Neuere Erfahrungen machen wahrscheinlich, dass das hier erörterte Leiden nicht identisch ist mit den Röteln (Rubeola), deren Existenz als Krankheit sui generis, wie bekannt, keineswegs von allen Dermatologen und Kinderärzten zugegeben wird. Einer der obenerwähnten Fälle wurde Herrn Prof. Monti vorgeführt, welcher sich nicht für die Diagnose Rubeola zu entscheiden vermochte, sondern die Affektion als eine erythemartige bezeichnete.

Erysipel fand sich vor bei 2 Männern von 9 und 27 Jahren und wurde mit feuchten Umschlägen behandelt.

Erythemformen.

Wir vereinigen in dieser Gruppe die verschiedenen Formen des Erythems und der Urticaria.

Das **Erythema exsudationem multiforme** ist charakterisiert durch ziegel- bis zinnoberrote Flecken und Knötchen, die bei ihrem peripheren Wachstum im Zentrum leicht einsinken und einen bläulichen Farbenton annehmen, während die peripheren Teile ihren ursprünglichen Farbenton beibehalten. Besonders wenn sich im Zentrum der sich vergrössernden Flecken eine neue Effloreszenz bildet, so spricht man von Erythema iris.

Unter unseren Fällen fanden sich elf von Erythema multiforme, meist vom Typus des Erythema papulatum, zwölf von exquisitem Erythema iris, ziemlich gleich auf beide Geschlechter verteilt. 17 Personen standen im Alter von 13 bis zu 30 Jahren, 4 in den dreissiger Jahren, je eine im Alter von 49 und 78 Jahren.

Was die Aetiologie des Erythems anlangt, so unterscheidet man idiopathische, essentielle Formen mit gehäuftem Ausbruch in den Frühjahrs- und Herbstmonaten und symptomatische oder reflektorische bei Chlorose, Störungen in der weiblichen Sexualsphäre, versteckten oder offenkundigen mehr minder lange

dauernden Eiterungen. Dass vorwiegend die idiopathischen Formen ihr Kontingent zu unseren Fällen gestellt haben, beweist die gesteigerte Frequenz im Herbste; es fanden sich vom Dezember bis März monatlich je 1 Fall, im April 3, Mai 1, Juni bis August je 3 und im September 7 Fälle.

Die hauptsächlichste Lokalisation ist, wie bekannt, die Streckseite der Extremitäten, ferner Gesicht und Nacken. Interessant waren zwei Fälle von Erythema multiforme recidivans bezw. chronicum; auch die Lokalisation war bemerkenswert.

1. 25jähriger Schiffsmann, litt seit $2^1/_2$ Jahren an oft rezidivierendem Erythema iris. Im Februar hatte er Effloreszenzen an Handrücken und Handtellern, Ober- und Unterarmen, Nacken, Augenlidern, Lippenrot, Lippen- und Wangenschleimhaut. Schon im Mai desselben Jahres begab sich P. wieder in Behandlung wegen eines erneuten Rezidivs; an Streck- und Beugeflächen der Vorderarme, sowie an den Handrücken fanden sich kleine Effloreszenzen mit beginnender Blasenbildung, an den Handtellern mattweisse Blasen mit dicker Epidermisdecke, auch an der Unterlippe einige Effloreszenzen.

2. 36jährige Schneiderin, litt an jährlich rezidivierendem Erythema iris. Damals im Juni war der Ausschlag nur an den Handtellern lokalisiert.

Rille[1]) bemerkt, dass chronisch recidivierendes Erythema iris insbesondere an der Mundschleimhaut und atypisch an den Handtellern (statt am Handrücken) vorkommt und dass so wegen der naheliegenden Verwechslung mit einem Palmarsyphilid die diagnostische Schwierigkeit erhöht wird.

Bemerkenswert ist ferner noch ein Fall von **Erythema annulare recidivans s. chronicum** bei einer 31jährigen

[1]) Rille, Lehrbuch, S. 30.

Kleidermacherin. An der Stirn fanden sich oberhalb des einen Augenbrauenbogens braunrote, orbikulär angeordnete derbe Knötchen von Hanfkorn- bis Erbsengrösse, die bei flüchtiger Beobachtung wie ein tertiäres serpiginöses Syphilid aussahen. Kaposi identifiziert Eruptionen dieser Art mit der schon von C. H. Fuchs als Menokelis beschriebenen Affektion und gibt die Abbildung eines analogen Falles in seinem Handatlas der Hautkrankheiten (Tafel 70). Wie sehr häufig, war auch hier die Menstruation gestört. Die Therapie bestand in Anthrarobinpflaster.

Von **Erythema nodosum** fand sich ein Fall bei einem 14jähr. Mädchen, der mit Salicylseifenpflaster behandelt wurde.

Wegen **Urticaria** wurden 34 Kranke behandelt, 18 männlichen und 16 weiblichen Geschlechts. Von ihnen standen unter 10 Jahren 6, vom 10. bis 20. Jahre 8, vom 20. bis 30. Jahre 11, vom 30. bis 50. Jahre 5, über 50 Jahren 2. In 4 Fällen, darunter bei 3 Kindern im Alter von 11 Monaten, 2 und 6 Jahren, war es teils Wochen und Monate hindurch zu fortgesetzten Eruptionen gekommen (Urticaria recidiva), teils bestand das Leiden mit geringen Unterbrechungen bereits seit Jahren (Urticaria chronica). Die letztere Verlaufsweise ist wieder zu unterscheiden von der Urticaria perstans, wobei die jeweilige Eruptionsform als solche hartnäckig lange Zeit bestehen bleibt. Hierzu zählt auch die Urticaria papulosa (Lichen urticatus) ein Zustand, der bei 5 der genannten Kranken vorlag. Es bestanden an den Streckseiten der Extremitäten, an den Handtellern und im Gesichte gelbliche oder mattweisse, stecknadelkopf- bis erbsengrosse Knötchen, mitunter von einem roten Hofe umgeben. Meist wurden sie energisch zerkratzt oder geradezu zerstört, und es waren dann an ihrer Stelle schwärzliche Blutborken zu sehen. Manche zeigten eine gewisse äussere Aehnlichkeit mit luetischen Papeln.

Zur Milderung des Juckreizes wurden spirituöse Einreibungen verwendet (Salicyl-, Bor- und Carbolspiritus), ferner Tinktura Rusci, Naphtol-Schmierseife (1,0 : 50,0), Sapo viridis, Vaselin $\overline{aa}$, Unguentum Wilkinsonii. Innerlich wurde Tinctura amara gegeben (6 mal), je einmal Atropin (nach Schwimmers Verordnung: 0,01 auf 10 Pillen, 2 Pillen täglich) und Calomel (Calomel. 0,02, Pulv. gummos., Sachar alb. $\overline{aa}$ 0,5; 2 Pulver täglich). In einem Falle wurden auch Schwefelbäder angeraten.

Diagnostisch nicht sicher gestellt, ist der Fall eines 21 jährigen Mädchens mit Pigmentflecken an der seitlichen Halsgegend und am Stamm, in geringerer Zahl an Ober- und Unterextremitäten[1]). Sie waren linsen- bis pfenniggross, regellos disseminiert, gelbbraun, ohne Confluenz und Gruppenbildung. Die lange Dauer und die Verteilung der Flecke sprachen gegen ein Syphilid, aber auch gegen die sonstigen mit Pigmentbildung abheilenden Hautaffektionen. Zu denken wäre an Residuen einer längst abgelaufenen **Urticaria pigmentosa**, obzwar die Anamnese dagegen sprechen würde, da die Affektion angeblich nicht von der Kindheit datierte. Mechanische Insulte, Druck und Strich mit dem Fingernagel, riefen sofort Striemen und quaddelartige Erhebungen hervor, die 15 bis 20 Minuten persistierten; das gleiche war der Fall, wenn die braunen Flecke mit einem Tuche gerieben wurden.

Der Fall erinnert an den 1894 am Breslauer Dermatologenkongress von Jadassohn demonstrierten 17jährigen Patienten, bei welchem aber das am 3. Lebenstage aufgetretene mit Quaddeln einhergehende Leiden anamnestisch konstatiert war. Beim Eintritte in die Beobachtung fanden sich am Rücken, Brust und Hals eine mässige Anzahl hellgelber bis hellbrauner Flecke, nur zum kleineren Teil leicht erhaben, von unregel-

[1]) Demonstriert in der Wiener Dermat. Gesellsch. am 18 April 1898.

mässiger Form, stecknadelkopf- bis linsengross. Bei mechanischer Reizung bildeten sich an diesen Pigmentherden typische, etwa 20 Minuten lang persistierende Quaddeln, während dasselbe Experiment an der gesunden Haut resultatlos verlief. Jucken fehlte hier ebenso wie in unserem Falle.

Nicht weniger unklar ist ein von Vörner[1]) als Urticaria pigmentosa maculosa bezeichneter Fall.

Bläschenausschläge.

Hierher zählen die verschiedenen Formen des Herpes, wie H. zoster, febrilis (s. facialis) und genitalis, eventuell die Sudamina, welche aber mit mehr Recht dem Ekzem zugeteilt werden dürften.

Herpes zoster fand sich bei 20 Kranken, darunter waren 13 männlichen Geschlechts. Die Disposition einer bestimmten Altersklasse liess sich nicht konstatieren; allerdings fand sich unter unseren Beobachtungen nur ein Fall im Kindesalter, bei einem 7jährigen Knaben. Im übrigen standen je 5, 6, 3 und 4 Kranke im Alter von 16–20, 20—30, 30—40, 40–50 Jahren, einer im Alter von 66 Jahren. — Als ursächliches Moment haben die fundamentalen Untersuchungen v. Baerensprungs Blutungen, beziehungsweise Entzündungen und Bindegewebswucherungen in den Intervertebralganglien oder im Ganglion Gasseri nachgewiesen, mitunter sind Veränderungen der peripheren Nerven beobachtet worden (Curschmann) oder Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes. Im vorliegenden Material fanden sich folgende Angaben über die Lokalisation: H. z. pectoralis 3, H. z. cervicalis 2, H. z dorsalis, frontalis, axillaris et brachialis je 1 mal.

Therapeutisch wurde innerlich Natrium bromatum gegeben; zum Schutze der noch unversehrten Bläschen wurde

[1]) Derm. Zeitschr. hrsg. v. Lassar, Bd. XIII, Heft, 4.

Collodium und Oleum Ricini zu gleichen Teilen aufgepinselt oder ein Streupuder verwendet. bei geplatzter Blasendecke Borvaseline, weisse Präzipitatsalbe oder ein mildes Emplastrum Zinci oxydati aufgelegt.

Herpes facialis (labialis, febrilis), ein akuter Bläschenausschlag bei fieberhaften Krankheiten, akuten Infektionen, Schnupfen und Magen-Darmstörungen auftretend und in der Umgebung des Mundes oder den angrenzenden Gesichtspartien lokalisiert, fand sich bei 5 Personen männlichen und 2 weiblichen Geschlechts vor. Sie standen im Alter von 12 bis zu 36 Jahren. Einmal war nur eine Wange befallen, ein anderes Mal ausser der Oberlippe noch Nasenspitze und der eine äussere Nasenwinkel. Beachtung verdient, dass ausgebreiteter Herpes facialis einen Herpes zoster vortäuschen kann, welch letzterer, von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen, aber das Individuum im Leben nur einmal zu befallen pflegt. Daher ist, bevor man sich zur Diagnose eines „recidivierenden Zoster" entschliesst, äusserste Vorsicht geboten. Bei alten Leuten findet man ebenso oft sehr schwere ulcerative, wie auch abortive, kaum bis zur Bläschenbildung gelangende Zosterformen, was diagnostisch nicht unwichtig ist. Auch bei Herpes facialis wurde 5%ige Borvaseline oder Salicyllanolinvaseline angewendet.

Herpes genitalis ist eine sehr häufige, von Kranken wie Aerzten oft mit venerischen Affektionen verwechselte Erkrankung. Er wurde nachgewiesen bei 33 Personen männlichen und bei 4 weiblichen Geschlechtes. Etwa $^2/_3$ der Kranken standen im Alter von 18 bis zu 35 Jahren, die übrigen bis zu 50 Jahren. Das Leiden ist durch seine meist symmetrische Verteilung der Bläschengruppen an den äusseren Genitalien charakterisiert und durch die nach dem Platzen der Blasendecken resultierenden kreisrunden oder besonders polycyklisch konturierten, eichenblattförmig gekerbten Substanzverluste. —

Als Ursache sind „Perturbationen der sexuellen Sphäre“ im weitesten Sinne anzusehen (Rille). So erscheint Herpes nach der Defloration, vor oder während der Menstruation, nach extramatrimoniellem Coitus, bei manchen Individuen fast nach jeder Cohabitation; nach Rille ist Herpes genitalis bisweilen eine Art Indikator für einen an der Vaginalportion situierten syphilitischen Primäraffekt. Besonders bei Frauen findet sich häufig eine geradezu voluminöse Anschwellung der Drüsen in inguine, welche sich aber nach Abheilen der Hauteruption sehr rasch wieder zurückbildet.

Die Therapie bestand in Ueberschlägen mit ½ % Karbolwasser oder in austrocknenden Pulvern wie Amylum, Talcum, Dermatol oder Calomel (2,0: Amylum 20,0).

Sudamina, Frieselausschläge, fanden sich bei 5 männlichen und 4 weiblichen Individuen. Darunter waren 3 Kinder im Alter von 1 Monat bis zu 1 Jahre, die übrigen standen an der Grenze des 2. Jahrzehntes. Die Therapie bestand in Salicylalkohol und Amylum.

Entzündungen mit Ausgang in Geschwürsbildung und Nekrose.

In diese Gruppe gehören die durch mechanische (eventuell gleichzeitig chemische) Schädlichkeiten bedingten, idiopathischen Hautentzündungen: **Verletzungen, Exkoriationen, Insektenstiche.** Bei männlichen Individuen kamen vor in je 3 Fällen Schnittwunden und Quetschungen, je eine Biss- und Risswunde, bei weiblichen je eine Schnittwunde und Quetschung, ferner bei 24 männlichen und 10 weiblichen Patienten Exkoriationen aus verschiedenen Ursachen an allen möglichen Körperstellen. Die Therapie bestand je nach der Natur der Verwundung in anti- und aseptischen Verbänden. — Ein Fall von Insektenstichen wurde mit Karbolalkohol behandelt.

Besondere Beachtung verdient ein Fall von Morphinismus mit ausgedehnten Narben- und Infiltratbildungen **(Stigmatosis ex usu Morphii)** an der Haut.[1]) Die Kranke, eine 42jährige Pfründnerin war seit 18 Jahren Morphinistin. Sie litt ursprünglich an einer sehr schmerzhaften Erkrankung der Uterusadnexe, wogegen sie vom Arzte 2 Jahre hindurch, mitunter zweimal täglich Morphiuminjektionen erhielt. Später gab ihr der Arzt aus Mitleid die Spritze selbst in die Hand. Die Patientin injizierte sich nun täglich zwei- bis dreimal je 3 bis 4 Spritzen und stach sich dabei jedesmal von neuem die Nadel ein, brachte sich also täglich gegen 10 Stiche bei. Mit 1 g Morphium reichte sie nach ihrer Angabe 2 bis 3 Tage aus. — Beim Eintritte in die Beobachtung war sie stark abgemagert, die Gesichtshaut fahlgrau, die Zunge belegt, die Pupillen waren sehr eng, die Kopfhaare stark rareficiert, die Patellarreflexe normal, die Zähne von guter Beschaffenheit.

Im Gegensatz dazu hat Erlenmeyer bei Morphiumsucht spontanen Ausfall ganz gesunder Zähne, ähnlich wie bei Tabes, gleichwie Abbröckeln des Schmelzes beobachtet.

Es fanden sich an den Ober- und Unterextremitäten, an der Streckfläche noch etwas reichlicher als an der Beugefläche, ausgebreitete, sowohl mehr rezente, als narbige Veränderungen. Die Narben, die an Zahl überwogen, waren grösstenteils länglichoval konturiert, überbohnengross, hellrot oder livide gefärbt, vielfach noch infiltriert, mitunter keloidartig, oder sie waren älteren Datums und dann hellweiss bis blassbraun, auch mehr kreisförmig, weicher und faltig wie namentlich an den Oberschenkeln. Dazwischen fand sich, zumal an den Armen, woselbst die Haut im ganzen geschwollen war, eine grosse Anzahl von erbsen- bis überhaselnussgrossen schmerzhaften Knoten und Infiltraten,

[1]) Der Fall wurde von Rille in der Wiener dermatologischen Gesellschaft am 17. November 1897 demonstriert.

dunkellivide oder braunrot gefärbt, mit dunkelbraunen Borken bedeckt, einzelne auch zu flachen Ulcerationen zerfallen. An den unteren Extremitäten war die Haut infolge der dichten Anordnung und Konfluenz der Narben stellenweise derb und lederartig, ebenso am Abdomen und gegen die Magengrube hin. Die Hände waren gänzlich frei. Nach diesem Bilde hätte man bei oberflächlicher Betrachtung an eine inveterierte Lues, an ein rupiaartiges tuberokrustöses Syphilid denken können; dafür würden aber nur die Farbe und die Krusten, dagegen die Verteilung, das Fehlen von Gruppen- und Serpigobildung und vor allem die infiltrierten derber Narben sprechen. — In den ersten Jahren injizierte sich die Patientin am Abdomen und den Schenkeln mit Aufhebung einer Hautfalte, seit 6 Jahren auch an den Armen, hier natürlich nur mit einer Hand. Der Rücken war völlig intakt, obwohl auch dieser sonst von Morphinisten benutzt wird, indem sie mit einer Hand über die Schulter der anderen Seite greifend sich die Injektionen machen. Sonst aber waren alle erreichbaren Körperstellen dicht besetzt mit schmerzhaften Knoten und Infiltraten, so dass die Kranke in Verzweiflung war, wo sie sich weitere Einspritzungen anbringen sollte.

Die beobachteten Hautveränderungen sind aufzufassen als direkte Folge der Verletzung und nicht etwa hervorgerufen durch zu starke Konzentration der Morphiumlösung. Als Ursachen sind besonders hervorzuheben die Technik der Injektion sowie die Beschaffenheit der Spritze. Wird der Einstich zu flach, also statt tief subkutan blos intrakutan oder intraepidermoidal gemacht, dann kommt es infolge von Zerreissungen des Gewebes zur Schmerzhaftigkeit und späterer Narbenbildung. Erlenmeyer führt die Narben auch auf besonders dicke breitschneidende Nadeln zurück. Die andere Form der Hautveränderungen — harte knollige Verdickungen und Infiltrationen

im Unterhautzellgewebe, so dass die Haut hypertrophisch, derb, lederartig, elephantiastisch angeschwollen, blaurot gefleckt und marmoriert wird und sich anfühlt, wie wenn Extosen in ihr steckten — ist bedingt durch Verunreinigungen der Spritze, besonders durch Ansammlung von Grünspan unter dem Lederstempel, sowie durch verdorbene Lösungen. In alten Lösungen gehen Zersetzungen vor sich, meist Bildung von Apomorphin unter gelblicher Verfärbung. Ferner bilden sich, wie auch in gewöhnlichem destilliertem Wasser, fadenähnliche Flocken, die als Fremdkörper wirken und vielleicht auf die alkalischen Gefässwände zurückzuführen sind. Alles dies bildet vielleicht auch den Anlass zu den Abscessbildungen. Bis zu einem gewissen Grade mag auch eine individuelle Disposition eine Rolle mitspielen, da auch trotz der unsaubersten Manipulationen derartige Veränderungen nicht zustande zu kommen brauchen. Ein Fall von derartiger Extensität gehört jedenfalls zu den grössten Seltenheiten; so war ein im Hôpital Saint-Louis von Fournier und Gastou beobachteter lange nicht so weit vorgeschritten. In diesem war die Morphiumsucht mit Cocainismus kombiniert, da man eine lange Zeit im Cocain ein Antidot und Heilmittel der Morphiomanie gefunden zu haben vermeinte. — Bekannt ist es auch, dass Morphium, zumal bei innerlichem Gebrauch, auch Nebenwirkungen an der Haut entfalten kann: Erytheme, Urticaria, exfoliierende Dermatitis und lichenoide Eruptionen, ferner Gangrän und Acne rosacea. Auch gibt Erlenmeyer an, dass Ekzeme und Psoriasis bei Morphinisten zu verschwinden pflegen, aber bei der Entziehungskur wieder hervortreten.

Ein ähnlicher Fall wurde 1902 an der medizinischen Klinik zu Leipzig beobachtet[1] (Geh.-R. Prof. Curschmann). Ein 28jähriger Steinmetz mit Tuberculosis pulmonum,

[1]) Bruns, Impftuberkulose bei Morphinismus (Münch. Med. Wochenschr. 1904. Nr. 37).

der an heftigen Schmerzen und Lungenblutungen litt, hatte sich Spritze und Morphium verschafft und injizirte sich, indem er vorher die betreffende Stelle mit seinem Speichel befeuchtet und zur Prüfung der Durchgängigkeit Luft durch die Kanüle hindurchgeblasen hatte. Noch bei seiner Aufnahme in die Klinik injizierte er sich täglich 3 Spritzen. Ein halbes Jahr lang waren die Injektionen ohne Folge geblieben; seit 6 Wochen waren aber an Bauch und Oberschenkeln blaurote knotige Infiltrate aufgetreten, aus denen sich Geschwüre mit unterminierten Rändern und festsitzendem Borkenbelage bildeten. Dieser Befund an der Haut war völlig analog den in unserem Falle konstatierten Veränderungen. Mikroskopisch fanden sich Riesenzellen, welche jedoch auch vielleicht als Fremdkörperriesenzellen gedeutet werden können. Im Tierversuch wurde Tuberkulose erzielt.

Breton gedenkt eines Morphinisten, welcher sich durch Benutzung der einer syphilitischen Frauensperson gehörigen Spritze eine extragenitale Sklerose zuzog; das hernach aufgetretene lentikulär-papulöse Syphilid war genau den Stichwunden gemäss lokalisiert.

In der Berliner dermatologischen Gesellschaft [1]) demonstrierte vor kurzem Wechselmann eine Krankenpflegerin, welche zahlreiche Tuberkulöse gepflegt hatte und am Arme eine Menge bläulich durchschimmernder, zum Teile erweichter Knoten aufwies. Wechselmann nimmt Artefakte nach Morphininjektionen an. Lesser gedachte dabei eines alten Morphinisten, der am ganzen Körper mit Knoten dieser Art bedeckt war; vor den Injektionen wurde von einer alten Frau die Kanüle durch Hindurchblasen aus dem Munde gereinigt.

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph.; LXXX. 1906.

Zu den durch thermische Insulte hervorgerufenen Dermatitiden rechnen wir die Combustio und Congelatio.

Verbrennungen I. und II. Grades fanden sich in 6 Fällen, mit Ausnahme eines 17 Monate alten Mädchens bei Personen männlichen Geschlechts. 3 mal fand sich die Lokalisation an der Hand, 2 mal an den Fingern und 1 mal an der Nasenöffnung, hervorgerufen durch flüssiges Colophonium bei einem Instrumentenmacher. Therapie: Umschläge mit Liquor Burowi, Verbände mit Pasta Zinci Lassar, Lanolinvaseline oder Dermatolvaseline. — Eines Falles von mächtigem Narbenkeloid nach Verbrennung wird noch gedacht werden.

Der Verbrennung I. Grades, also der erythematösen Form, entsprechen die Frostbeulen, **Perniones**. Sie fanden sich bei 3 männlichen und 5 weiblichen Individuen vom 16. bis zum 40. Lebensjahre. Angewandt wurde Salicylseifenpflaster, Naphtolschwefelpaste, Unguentum diachyli, Unguentum vaselini plumbicum (meist mit Acidum carbolicum).

Im Gegensatz zu den idiopathischen Hautentzündungen stehen die symptomatischen, infektiösen: Phlegmone, Furunkel und Carbunkel.

An **Phlegmone** waren 12 Männer und 6 Frauen erkrankt, meist im Alter von 18 bis zu 35 Jahren. Die Lokalisation war meist die Hand, einmal der Vorderarm. Die Therapie bestand ausschliesslich in feuchten Verbänden und Incision.

An **Furunkeln** wurden 33 männliche und 8 weibliche, meist jüngere Personen behandelt. In 8 Fällen bestand gehäuftes Auftreten. Hauptsächlich waren dies lokale Infektionen, blos bei einem 50 Jahre alten Weichenwärter bestand Diabetes und Furunkulose. Im Urin fanden sich Spuren von Zucker. Am Bauche bestanden zahlreiche follikulitische Knötchen und Pusteln und dazwischen reichliche haselnussgrosse Furunkel mit nekrotischem zentralen Pfropf. Einige wenige waren

auch am Rücken lokalisiert. Balanitis bestand nicht. Therapie: Feuchte Umschläge oder Auflegen von Salicylseifen- oder Gallacetophenonpflaster. 5 mal wurde inzidiert.

Erwähnenswert sind 2 Fälle von **Furunculosis multiplex infantum** bei einem Knaben von 8 und einem Mädchen von 3 Monaten. Es findet sich diese Affektion besonders bei atrophischen oder mit Drüsentuberkulose behafteten kleinen Kindern in Form von erbsen- bis hühnereigrossen Knoten und prall mit Eiter erfüllten Erweichungsherden, besonders an der Rückfläche des Stammes, an den Nates, an der Beugefläche der Oberschenkel und ferner an Nacken- und Kopfhaut. Es kann dabei zu diffusen Phlegmonen und tiefgreifender Gangrän kommen, meist aber besteht entsprechend der herabgesetzten Lebensenergie und der welken, schlaffen Hautdecken nur geringe Schmerzhaftigkeit — daher die alte, von Alibert stammende Bezeichnung Furunculosis atonica. Rille [1]) bemerkt, dass die Abscesse „mikroskopisch nicht immer follikulitischen Ursprung erkennen lassen". Vor kurzem [2]) kam Lewandowsky auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen zum Resultate, dass eine exogene Staphylococceninfektion auf dem Wege der Schweissdrüsengänge vorliege. — Die Therapie hat in Incisionen und fleissiger Desinfection der Badewannen und Windel zu bestehen.

Ein **Carbunkel** fand sich nur einmal und zwar bei einem 27jährigen Staatsbahnbeamten an seinem Prädilektionssitze, dem Nacken. Derselbe war dunkelrot, bretthart infiltriert. In der Medianlinie sass ein wallnussgrosser Knoten mit gelbem festhaftendem Belag, am Rande waren konfluierte erbsengrosse Blasen. — Es wurden Umschläge mit Liquor Burowi gemacht.

[1]) Lehrbuch, Seite 52.
[2]) Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 80.

Squamöse Dermatosen.

An **Psoriasis vulgaris** wurden 89 Patienten behandelt, was einer Häufigkeit von 4.7 Prozent aller hier beobachteten Hautkranken (ausschliesslich der Venerischen) entspricht. Diese Zahl ist etwas niedriger als die von anderen Polikliniken; so zählt Block aus Köbner's Poliklinik 6 Proz., Hirsch 6.6 Proz. aus Joseph's [1]) Poliklinik und Nielsen [2]) gibt aus der Kopenhagener Klinik 6,5 Prozent an.

59 Kranke waren männlichen und 30 weiblichen Geschlechtes, also ein Verhältnis wie 2 : 1. Stark ist hier demnach die Beteiligung des weiblichen Geschlechtes, wogegen Nielsen — allerdings aus klinischem Materiale — das Verhältnis 3 : 2 angibt.

Das Alter der Psoriasiskranken war wie folgt:

	Männer	Frauen	Summa
Unter 10 Jahren	2	—	2
10—20 Jahre	8	7	15
20—30 „	14	8	22
30—40 „	15	6	21
40—50 „	12	8	20
50—60 „	6	1	7
60—70 „	1	—	1
70 „	1	—	1
	59	30	89

Soweit Angaben über den Beginn der Erkrankung vorliegen, fiel er meist in die Zeit um das 20. Lebensjahr.

[1]) Dermatologisches Centralblatt von Joseph, VIII, 1905.
[2]) Monatshefte für praktische Dermatologie 1902.

Zwei Knaben mit Psoriasis standen im Alter von 4 und $7^1/_2$ Jahren; in einem anderen Falle wurde der Beginn des Leidens mit $1^1/_2$ Jahren angegeben. Psoriasis in den ersten Lebensjahren zählt zu den seltenen Vorkommnissen. Zwischen das 10. und 20. Lebensjahr fiel der Krankheitsbeginn bei 10 Patienten, zwischen das 30. und 40. Lebensjahr bei 5 Patienten, bei je einem begann die Affektion angeblich erst im 40., 45., 47. und 52. Jahre. — Bei einem 11jährigen Mädchen wurde der Beginn im Anschlusse an die Impfung im 5. Monat beobachtet. Die Richtigkeit dieser Angabe unbezweifelt, handelt es sich dabei entweder um eine zufällige Koïnzidenz, oder man muss annehmen, dass wohl durch diesen äusseren Reiz die schlummernde Disposition zur Psoriasis geweckt wurde.

Das bislang einzige positive ätiologische Moment bei Psoriasis ist die Heredität, welche häufiger vorliegt, als anamnestisch angegeben werden kann. In unseren Fällen wurden einmal Vater und Sohn (letzterer 4 Jahre alt) an Psoriasis behandelt, zweimal Mutter und Tochter, wobei in der einen Beobachtung wiederum 4 andere Kinder derselben Mutter bis dahin psoriasisfrei waren. Eine Frau gab an, dass ihre Söhne gleichfalls mit Psoriasis behaftet seien, ein Mädchen, dass ihr Vater daran leide; bei zwei männlichen Kranken sollten ausserdem Mutter, resp. Mutter und Schwester an Schuppenpflechte leiden. Bei der Mutter des ersten dieser beiden Kranken war angeblich das Leiden im dritten Monat derselben Schwangerschaft entstanden, welcher ihr psoriasiskranker Sohn entspross. — Gehäuftes Auftreten in irgend einer Jahreszeit war nicht zu vermerken. Grosz[1]) und Jarisch[2]) meinen, dass die Neuausbrüche besonders im Frühjahr und Herbst auftreten; Hirsch fand unter 1836 Psoriatikern diese An-

[1]) Mracek's Handbuch d. Hautkrankh., 2. Bd., Wien 1902.
[2]) Hautkrankheiten, Wien 1900.

gaben nicht bestätigt. Die besondere Beteiligung bestimmter Berufsklassen liess sich in unseren Fällen ebensowenig beobachten. Hebra[1]) bemerkt, dass „Fleischhauer, Bäcker und Kellner dass grösste Contingent zur Psoriasis stellen", leugnet aber gleichwohl, die Disposition gewisser Gewerbe zu der Krankheit. v. Neumann[2]) stellt sich hierzu gleichfalls verneinend. Hirsch dagegen findet eine besondere Beteiligung der Schlächter, nach denen die Bäcker rangieren. Unter unseren Fällen befand sich nur je ein Selcher und Kellner und überhaupt kein Bäcker; die übrigen Psoriatiker rekrutierten sich aus allen möglichen Berufsklassen.

In den meisten unserer Fälle war die Lokalisation die typische. In fünf Fällen war auch das männliche Genitale afficiert. In sechs Fällen war die zwar nicht allein, doch vorwiegend befallene Körperstelle der Kopf, was immerhin minder häufig ist. Nagelaffektionen in geringer Intensität bestanden aber häufig. Nur in einem einzigen Falle waren die Nägel hochgradig verändert.

Bei Abheilung der psoriatischen Effloreszenzen wurden gelegentlich sowohl mit wie ohne Arsenbehandlung Pigmentationen beobachtet.

Leucoderma psoriaticum fand sich blos in einem einzigen Falle. Es war dieser der vierte Fall, an welchem Rille diese bis dahin dermatologischerseits so gut wie übersehene genuin psoriatische Depigmentierung konstatierte. Bei dem Kranken, einem 31jährigen Dachdecker mit einer sieben Jahre alten, mässig extensiven Psoriasis bestanden im Nacken grosse weisse Flecke, deren orbiculäre Umrandung deutlich ihren psoriatischen Ursprung erkennen liess.

---

[1]) Virchow's Handbuch der spez. Path. u. Ther., Erlangen 1860.
[2]) Lehrb. d. Hautkrankheiten, Wien 1880.

Einige Male fand sich Psoriasis in Combination mit anderweitigen Hautaffektionen: zweimal neben sekundär-luetischen Erscheinungen (Cubitaldrüsenschwellung und Papeln am Mundwinkel in einem, Papeln an der Zunge im anderen Falle), je einmal neben Alopecia areata, Impetigo contagiosa und Pupura haemorrhagica.

Von Interesse ist das Zusammentreffen von Psoriasis und leichter Ichthyosis bei einem 35 jährigen Kranken. Hebra hatte behauptet, dass Ichthyosis eine gleichzeitige Erkrankung von Schuppenflechte ausschliesse. Nach Rille[1]) gehört diese zweifellos nur bei geringer Intensität der Ichthyosis mögliche Combination allerdings zu den sehr grossen Seltenheiten, doch hat er sie in drei Fällen beobachtet. Seither haben auch Riehl und v. Neumann solche Fälle mitgeteilt.

Was die Therapie anlangt, so ist bekannt, dass einzelne Psoriasisplaques gelegentlich auch spontan zurückgehen können. Niemals beobachtet man jedoch Spontanheilung bei den fast akut entstandenen Formen von Psoriasis punctata und guttata, welche in geradezu spezifischer Weise auf Arsen reagieren. Eine 25 jährige Frau, die seit ihrem 13. Jahre an Psoriasis litt, machte die Angabe, dass das Leiden jährlich recidiviere, doch in der Hauptsache von selbst stets wieder abheile. — Die Behandlung erfolgte mit innerlichen Mitteln, in der überwiegenden Mehrheit der Fälle aber kam die Lokaltherapie zur Anwendung; mitunter wurden beide Behandlungsweisen kombiniert. Innerlich wurden verabreicht Pilulae asiaticae (à 0,0025 — 0,0075! Acid. arsenicos.) in steigenden Dosen (7 mal), sowie Solutio Fowleri (1 mal). Subkutan wurde auch Natrium cacodylicum gegeben in 13 Fällen, davon 8 von Gijselmann[2]) ausführlich beschrieben wurden. Natrium cacodylicum

[1]) Rille, Lehrbuch, S. 174.

[2]) Die Kakodylsäure in der Behandlung von Hautkrankheiten; Wien. klin. Wochenschrift 1899.

ist das Natriumsalz der Kakodylsäure (Dimethylarsensäure), $As(CH_3)_2ONa$; es wurde täglich eine Spritze injiziert von einer Lösung 2,0 — 4,0 : 10,0. Der Erfolg war ein völlig befriedigender. Die Injektionen waren schmerzlos, und auch sonst traten keine unangenehmen Nebenwirkungen auf. Nur bei einem 13 jährigen Knaben bestanden nach den ersten drei Injektionen Kopfschmerz, Schwindel, Appetitlosigkeit und Brechreiz; seit ihm aber täglich nur eine halbe Spritze verabfolgt wurde, war dies nie mehr der Fall. In einem Fall war die Affektion schon nach 20 Injektionen völlig abgeheilt. Die Involution der Effloreszenzen vollzog sich wie bei den gebräuchlichen Arsenpräparaten innerhalb drei Wochen bis zwei Monaten. In einigen Fällen blieben blassbraune Pigmentationen zurück.

Diese Behandlung bewährte sich, was merkwürdigerweise noch immer nicht allgemein bekannt zu sein scheint, wie überhaupt jedwede Arsenbehandlung ausnahmslos nur in frischeren Fällen von Psoriasis (P. punctata und guttata) während bei älteren, stark infiltrierten Plaques nur von der lokalen Therapie (oder von hohen Jodkalium oder Jodipindosen) ein voller Erfolg zu erwarten ist.

Aeusserlich wurde 27 mal, besonders für Psoriasis unbekleideter Körperstellen, weisse Präcipitatsalbe (Hydrarg. bichlorat. amidat., Bismuth., subnitr. $\overline{aa}$ 4,0 Unguent. simpl. ad 60,0) angewendet, ferner starkes Chrysarobinpflaster (8 mal), mit Vorliebe 25% Gallacetophenpflaster (25%; 24 mal), β-Naphtol-Salbe (15%; 1 mal), Anthrarobintinktur (Anthrarobin 5,0 : Tinctura Benzoica 30,0; 1 mal), 25% Anthrarobinpflaster (2 mal), Lenigallol- und Lenirobinpflaster je 1 mal.

Ein bislang zu wenig gewürdigtes Antipsoriaticum ist das von Nencki dargestellte Gallacetophenon, ein Alizarinderivat, welches nur ganz ausnahmsweise lokale Reizwirkungen

zeigt und auch sonst ungiftig ist, weshalb es von Rille für die Behandlung der Psoriasis während der Gravidität vor allen anderen Medikationen weitaus bevorzugt wird.[1]) Der einzige, kaum allzusehr ins Gewicht fallende Nachteil ist die grüngelbe Verfärbung der Leibwäsche. Es wird als 10—20—50% Salbe oder 25% Pflaster verwendet.

Auch das damals von Unna neu empfohlene Pyrogallolum oxydatum, ein durch Einwirkung von atmosphärischer Luft und Ammoniak enstandenes Oxydationsprodukt der Pyrogallussäure, wurde mit befriedigendem Heilerfolge versucht; es blieben die bekannten unangenehmen Nebenwirkungen der Entzündung und Schwarzfärbung der Haut aus, wenigstens bei Anwendung in Pflasterform (15%) oder 10% Traumaticin. Dieses Pflaster bewährte sich auch sehr gut bei Lupus erythematosus.

Wegen **Lichen ruber planus** wurden 8 Männer und 1 Frau im Alter von 16 bis 57 Jahren behandelt. Das starke Ueberwiegen des männlichen Geschlechts wurde schon von v. Neumann hervorgehoben und ist namentlich in der neuesten Zusammenstellung von Riecke[2]) besonders ersichtlich; gleichwohl kann von einer exceptionellen Seltenheit des Lichen planus bei Frauen nicht entfernt die Rede sein. In zwei Fällen war der Prozess infolge Arsenbehandlung nahezu abgelaufen, und auf dunkelbraune Pigmentationen restringiert. In dem Falle 16jährigen Ziseleurs bestand die recht ungewöhnliche Kombination mit Blasenbildung (Lichen ruber pemphigoides).

Mit Injektionen von Natrium cacodylicum (4,0 : 10,0 Aq.) wurden folgende Fälle behandelt:

1. 44jähriger Postbeamter. Die Erkrankung bestand seit 7 Jahren, war damals angeblich über grosse Körperstrecken

[1]) Vgl. Rusch: Ein Fall von schwerer Pyrogallolvergiftung. Wiener klin. Wochenschr. 1901, No. 52.

[2]) Mracek's Handb. d. Hautkrankh., Wien 1905.

ausgebreitet und ging nach Einnahme von asiatischen Pillen und Lokalbehandlung bis auf stationär bleibende Effloreszenzen sämtlicher Extremitäten zurück. Seit 4 Monaten hatten letztere sich vermehrt, und auch grössere Eruptionen waren erfolgt. Zur Zeit der Beobachtung fand sich an der Beugefläche des rechten Vorderarmes nahe dem Handgelenk eine kreuzergrosse, derb resistente, blassrote, im Zentrum bläulichweisse, wachsglänzende Plaque mit punktförmigen polygonalen, mohngrossen Effloreszenzen an der Peripherie. Je ein ähnlicher, nur kleinerer Herd fand sich am linken Handgelenk und der Streckfläche der Grundphalanx des rechten Daumens. An der Streckseite des rechten Unterschenkels war die Haut in Ueberhandflächengrösse braun pigmentiert, zeigte vielfache Kratzeffekte und dazwischen einzeln stehende, teils gerötete, teils bläulichweisse, mit feinsten Schuppen bedeckte Effloreszenzen. Auch in der Malleolengegend und am linken Unterschenkel waren vereinzelte, teils involvierte braun pigmentierte Knötchen. Die Affektion am Unterschenkel namentlich war von heftigem Jucken begleitet. Stamm und Mundschleimhaut gänzlich frei.

2. 33 Jahre, Schuhmachersgattin. Am Oberkörper nur vereinzelt, in grosser Zahl in der Unterbauchgegend, am Rücken und in der Lumbalgegend fanden sich hirsekorngrosse, braun gefärbte, meist gruppierte Knötchen, ebensolche in Streifenform angeordnete an der Beugefläche der Ellenbogengegend. Am intensivsten befallen waren die Unterextremitäten, besonders die Oberschenkel und Kniekehlen; an den Unterschenkeln waren grössere Plaques und Infiltrate. Mundschleimhaut frei. Quälender Juckreiz, Schlaflosigkeit und Kopfschmerz.

Schon nach 27 Injektionen waren die Effloreszenzen durchweg flacher und blässer und die subjektiven Erscheinungen völlig geschwunden.

3. 28 Jahre, Photograph. Stamm und Extremitäten in ausgedehntestem Masse befallen. Am Stamm, besonders an der

Bauchwand und Lumbalgegend, zahlreiche, teils disseminierte, teils gruppierte und in Kreisbogenform angeordnete glatte, wachsartig schimmernde, oberflächlich gedellte Knötchen, daneben linsen- bis kreuzergrosse Plaques, im Zentrum livid und schiefergrau, teils etwas schuppend, am Rande hellrot. Beträchtlich grössere und stärkere bis überpfenniggrosse elevierte Knötchen in der Ellenbogengegend, mehr einzeln stehende kleinere an der Beugefläche der Vorderarme. Handrücken und Handgelenk ebenfalls befallen. An den unteren Extremitäten waren überkreuzergrosse schild- und plattenartige, dunkelfarbige harte Plaques. Penis und Skortum zeigten ringförmig angeordnete kleine Effloreszenzen. Die Mundschleimhaut nicht affiziert.

Nach 75 nahezu täglich verabfolgten Injektionen waren die meisten Effloreszenzen und Plaques geschwunden, mit Hinterlassung von blassbraunen Pigmentflecken, die anfänglich schwarzbraun gefärbt waren. Am Genitale waren noch Knötchengruppen vorhanden; die älteren mittelständigen resorbiert und eingesunken, dunkelbraun.

Man kann demnach den Kakodylpräparaten gerade keine besonderen Vorzüge vor den bisher im Gebrauch stehenden Arsenpräparaten vindicieren, doch steht ihre Wirkung keineswegs, wie dies mitunter behauptet wird, diesen irgendwie nach. Beweis hierfür ist auch eine später gemachte Beobachtung Rille's[1], wo ein voller Heilerfolg in einem ausgebreiteten Falle von Lichen ruber acuminatus, wie in einem Kombinationsfalle von Lichen acuminatus und planus mit subcutanen Injektionen von Natrium cacodylicum erzielt wurde.

Von **Lichen ruber acuminatus** kam ein Fall bei einem 17jährigen Mädchen mit einer Anzahl am Stamme lokalisierter meist überflachhandgrosser mässig schuppender Krankheitsherde

[1]) Vgl. Rille, Zur Anwendung der kakodylsauren Salze. Therapeut. Monatshefte 1901, September.

zur Beobachtung. Die Krankheitsdauer betrug angeblich ½ Jahr. Die Behandlung erfolgte mit asiatischen Pillen und Einfetten der Haut mit Salicylsalbe.

Lichen scrofulosorum wurde bei einem 15jährigen mit anderen Zeichen skrophulöser Diathese behafteten Bronzearbeiterlehrling beobachtet. Die Therapie bestand in in- und externer Verabreichung von Lebertran.

Juckende Dermatosen.

Mit einer Gesamtziffer von 567 Kranken nimmt das **Ekzem** die erste Stelle unter allen Hautaffektionen ein; diese Zahl entspricht 30 % aller Behandelten, mit Ausschluss der venerisch Affizierten. In der Zusammenstellung von Block macht das Ekzem 48 % aller Hautkrankheiten aus.

Von den Ekzemfällen waren 336 männlichen und 231 weiblichen Geschlechts. Auf die verschiedenen Altersklassen verteilen sich die Kranken folgendermassen:

bis zu ½ Jahr	6
½—1 „	9
2 Jahre	20
3 „	17
4 „	4
5 „	5
1—5 Jahre	61
6—10 „	26
Kindheit	87
11—15 Jahre	42
16—20 „	51
Jugend	93
21—25 Jahre	67
26—30 „	60
31—35 „	65
36—40 „	50
Mittleres Alter	242
41—45 Jahre	30
46—50 „	28
51—55 „	20
56—60 „	25
Höheres Alter	103
61—70 Jahre	27
71—80 „	12
81—90 „	3
Hohes Alter	42

Die ersten drei Lebensjahre stellen demnach ein ziemlich starkes Kontingent zum Ekzem, hierauf sinkt die Kurve recht rapid ab, und die nächsten Jahre bleiben ziemlich von Ekzemerkrankungen verschont; erst um die Zeit, wo die Berufsschädlichkeiten einsetzen, steigt sie wieder an und erreicht ihre Höhe vom 20. bis 35. Lebensjahre, um später wieder abzusinken, was sich aus der stetig abnehmenden Zahl der Menschen, die ein höheres Lebensalter erreichen, allein schon erklärt.

Nach der Art des Verlaufes fanden sich 147 Fälle von akutem und 300 von chronischem Ekzem.

Ueber die Lokalisation, nach der Häufigkeit geordnet, gibt folgende Tabelle Aufschluss:

	Männer	Frauen	Summa
Gesicht	57	58	115
Hände	61	30	91
Untere Extremitäten	39	24	63
Vorderarme	30	26	56
Kopf	25	15	40
Genitale	28	2	30
Stamm und Extremitäten	19	10	29
Gesicht und obere Extremitäten	10	11	21
Lippen	16	1	17
Obere und untere Extremitäten	8	6	14
After	12	1	13
Ohr	7	2	9
Hals	5	2	7
Nase	2	4	6
Hände und Hals	3	3	6
Universell	3	3	6

	Männer	Frauen	Summa
Stamm	2	2	4
Brustwarzen	—	3	3
Nabel	1	1	2
Kopf und Extremitäten	—	2	2
Hals und obere Extremitäten . .	1	—	1
Gesicht und untere Extremitäten	1	—	1
Mundwinkel	—	1	1

Sicherlich den grössten Einfluss auf das Zustandekommen der ekzematösen Veränderungen haben die verschiedenen mechanischen, thermischen und chemischen Schädlichkeiten, denen Männer wie Frauen in ihrer beruflichen Tätigkeit ausgesetzt sind. Sie führen zu den sogenannten artefiziellen und Gewerbeekzemen, welche, wenngleich nicht selten akut einsetzend, sich doch weiterhin durch ihren meist chronischen Verlauf auszeichnen. Für mindestens 120 unserer Fälle war diese Entstehungsursache anzunehmen. Wie bekannt sind diese Formen des Ekzems vornehmlich an den Händen, demnächst im Gesichte lokalisiert. Als Ursachen haben zu gelten: häufige Anwendung besonders kalten Wassers, zumal in Verbindung mit scharfen Laugen, Seifen und dergleichen (Hausfrauen, Dienstmädchen, Wäscherinnen, Kellner), strahlende Wärme (Schmiede, Schlosser, Maschinenwärter, Bäcker), pulverförmige Substanzen (Bäcker, Maurer, Müller, Erdarbeiter), chemisch irritierende Stoffe (Maler, Färber, Polierer, Tischler, Drucker), mechanische Irritationen wie Druck eines Kleidungsstücks, Stiche (Näherinnen), Kratzen usw.

Nach den Berufen geordnet ergibt sich in unseren Fällen: Hausfrauen (16), Dienstmädchen (15), Schneiderinnen und Modistinnen (7), Handarbeiterinnen (9), Handarbeiter, Tischler (je 5),

Zimmerputzer und Maler, Diener, Kellner (je 4), Wäscherinnen, Köchinnen, Bäcker, Schmiede (je 3), Tapezierer, Schuhmacher, Lokomotivheizer (je 2), Schneider, Fleischer, Schlosser, Friseur, Vergolder, Lederarbeiter, Photograph, Knopfarbeiter, Mechaniker, Drucker, Schriftsetzer (Terpentin), Uhrmacher, Lithograph, Buchbinder, Maurer, Bootsführer, Blumenmacherin, Zigarrenarbeiterin (zu 1) und endlich noch gegen 10 Kinder und Personen ohne Beruf.

Noch einige Fälle von artefiziellem Ekzem sollen wegen der speziell angegebenen Ursache hier erwähnt werden. So fand sich, wie ja ziemlich häufig, ein postskabiöses Ekzem und je eines bei Pediculis vestimentorum und im Anschlusse an Pityriasis rosea. Bei einem Schriftsetzer fand sich Ekzem infolge Hantierens mit Terpentin, bei einem anderen Kranken infolge äusserer Anwendung von denaturiertem Spiritus. In 2 Fällen wurde Ekzem nach Gebrauch von Jodoform beobachtet, gegen welches ja viele Personen eine heftige Idiosynkrasie zeigen, selbst wenn es in minimalen Mengen auf die Haut gebracht wird. Ferner fand sich Ekzem nach einem feuchten Verband mit Liquor Barowi auf Brandwunden und einmal nach Einreiben von grauer Salbe. Letzteres entwickelt sich besonders dann, wenn die Salbe terpentinhaltig (Neisser) oder ranzig geworden ist, insbesondere aber bei zu wenig intensiver, sondern mehr oberflächlicher Einreibung, z. B. gegen Pediculi pubis (Rille). Endlich entstand in einem Falle Ekzem durch die in der Volksmedizin hochangesehene Arnika-Tinktur, welche Kaposi bekanntlich als das „medizinisch-unnützeste Ding“ bezeichnet, da sie bei nur einigermassen starker Konzentration fast auf jeder Haut Ekzem mit erbsen- bis bohnengrossen Blasen hervorruft.

Eine weitere, ziemlich häufige Lokalisation waren Genitale und After gleichwie die benachbarten Regionen: Perineum

und Innenseite der Oberschenkel. Diese Formen fanden sich bei Männern ungleich häufiger als bei Frauen, fast durchwegs jenseits der dreissiger Jahre und bei Greisen, einmal auch bei einem 6jährigen Knaben. Diese Form des Ekzems zeigt exquisit chronischen Verlauf und ist durch das anfallsweise auftretende quälende Jucken gekennzeichnet.

Ausser durch andere Schädlichkeiten bedingt fand sich Ekzem der Unterschenkel bei 7 Männern und 8 Frauen im Anschlusse an Varizen meist bei älteren Individuen, welche durch ihren Beruf zu anhaltendem Stehen und Umhergehen gezwungen waren. Meist waren dies stark nässende Ekzeme (fluxus salinus), die mit Hinterlassung dunkelbrauner Pigmentationen abheilten. Bei sehr lange dauerndem Bestande war es einige male zur Wucherung des Unterhautzellgewebes und elephantiastischer Verdickung gekommen.

Der von Unna aufgestellte, klinisch gut charakterisierte Typus des Ekzema seborrhoicum betrifft Fälle, bei welchen seborrhagische Produkte gleich sonstigen chemischen Schädlichkeiten ekzematogen gewirkt haben, schliesst aber auch gewisse Fälle scharf orbiculär begrenzter, trocken abschuppender (psoriasiformer) Ekzemherde in sich, welche keinen ersichtlichen Zusammenhang mit Seborrhöe darbieten; zumeist handelt es sich um anämische Individuen jugendlichen, bisweilen aber auch vorgerückten Alters. Unsere Fälle betrafen 8 Personen meist jugendlichen Alters. Lokalisation war der behaarte Kopf, das Gesicht und der Stamm.

Gesichtsekzeme bei skrofulösen Kindern wurden in grösserer Zahl beobachtet, 2 mal verbunden mit starker erysipelartiger Rötung und Schwellung (Pseudoerysipel).

Bei 13 Männern kam an der Oberlippe Eczema sycosiforme zur Beobachtung jene Form, welche nicht allein der Sycosis ähnlich sieht, sondern, wie man annimmt, geradezu in

Sycosis sich umwandeln kann, so dass hier eine konsequente und sorgfältige Behandlung dringend geboten erscheint.

6 Fälle von universellen Ekzem betrafen 3 Kinder unter 1 Jahr, ferner ein 11jähriges Mädchen und 2 Männer von 57 und 65 Jahren.

In der Ekzembehandlung gelangten vorwiegend die von der Wiener Schule akzeptierten Mittel und Methoden zur Anwendung. Die Therapie war demnach eine ausschliesslich lokale; gelegentlich wurden, wo ein Zusammenhang mit inneren Leiden angenommen oder auch nur vermutet wurde, die geeigneten Massnahmen getroffen. Die akuten Ekzeme leichteren Grades wurden soweit wie möglich mit milden Streupulvern behandelt, wie Amylum, Zincum oxydatum, Amylum $\overline{aa}$, Amylum, Talcum venetum $\overline{aa}$, Dermatol-Amylum u. dgl. Zur Linderung des Juckreizes wurden meist gleichzeitig spirituöse Lösungen, wie $^1/_2$ % Salicylspiritus, 1—3 % Borspiritus, $^1/_2$ % Carbol- oder Naphtolspiritus verordnet und die Vermeidung wunder Stellen bei dem Betupfen angeraten.

Bei stärkerer entzündlicher Reizung wurden sodann Umschläge mit 10fach verdünntem Liquor Burowi, 1—3 % Borlösung oder 1—3 % Ichthyolwasser gemacht. Im weiteren Verlaufe wurde zur Pasten- und Salbenbehandlung geschritten, wobei in erster Linie Verbände mit Pasta Zinci Lassari gemacht wurden; ausserdem wurden verwendet Vaselin, 5 % Dermatolsalbe, 1—2 % Salicylvaseline, 5 % weisse oder 1 % gelbe Präzipitatsalbe, letztere beiden vornehmlich bei Nasenekzemen und am behaarten Kopf.

Die eigentliche Salbenbehandlung trat in Kraft bei den subakuten und chronischen mit Infiltration und Krustenbildung einhergehenden Formen. Hier standen in erster Reihe: Unguentum diachyli Hebra, 5 % weisse Präzipitatsalbe, Borsalbe (Acid. boric., Glycerin. $\overline{aa}$ 5,0 Unguent. simpl. ad 100.0),

Unguentum Vaselini plumbicum Kaposi (Emplastr. lithargyri Vaselin. $\overline{aa}$), eventuell mit 1 % igem Zusatz von Acidum carbolicum, ferner Zincum oxydatum 10,0 : Lanolin 40,0. 1 % ige Salicyllanolinvaseline oder Sapo viridis, Vaseline $\overline{aa}$. — Der Theer wurde hauptsächlich verwendet in Form des Unguentum Wilkinsonii, eventuell zu gleichen Teilen gemischt mit Unguentum simplex, Pharm. Austr., ferner als Tinctura Rusci. Von Ersatzmitteln des Theers wurde in erster Linie Anthrarobin verwendet, welches sich oft von ganz vorzüglicher Wirksamkeit erwies. Es hat allerdings den Nachteil, dass es die Haut und die Wäsche in angenehmer Weise verfärbt. Es wurde meist in Form einer Pinselflüssigkeit (Anthrarobin. 5.0 Tinct. Benzoic. ad 50.0) verordnet oder zusammen mit Tumenol, einem von Neisser eingeführten, nicht minder empfehlenswerten theerartigen Mittel (Rp. Anthrarobin. 2.0, Tumenol. 8,0, Aether. sulf. 20,0, Tinct. Benzoes 30.0). Auch Pflaster wurden vielfach gegen chronische Ekzeme verwendet und zwar vorwiegend die fabriksmässig hergestellten Präparate, am meisten Collemplastrum saponato-salicylicum (10 %), Salicylpflaster (30 %), Anthrarobinpflaster (5 %), Pyrogallol- und Gallacetophenonpflaster oder Collaetinum Zinci oxydati (40 %), sämmtlich mit möglichst wenig Guttapercha und mit reinem wasserfreien Lanolin von der Firma Turinsky in Wien hergestellt.

Eine besondere Therapie erforderten einige Ekzemformen, die sich aus ihrer speziellen Lokalisation oder Aetiologie ergab. Die impetiginösen Ekzeme im Gesicht oder am Unterschenkel wurden fast ausschliesslich mit Salben behandelt: Salicylvaseline, weisse Präzipitatsalbe, Unguentum Vaselini plumbicum (auch mit Carbolzusatz), 1—2 %iger Lapissalbe oder mit Dermatolpflaster.

Gegen die Ekzeme am Genitale und After wurden Theerpräparate (Tinctura Rusci, Unguentum Wilkinsonii), 1 % iger

Carbol- oder Mentholspiritus mit folgender Einpuderung sowie auch laue Sitzbäder verordnet.

Bei Ekzema varicosum wurden feuchte Umschläge gemacht, ferner Unguentum Vaselini plumbicum angewendet.

Gegen die sykosiformen Ekzeme der Oberlippe wurde mit weisser Präzipitatsalbe, Schwefelpaste oder Naphtolschwefelsalbe (Naphtol-β 4.0 Sulfur. praecipitat. 10,0, Sapon. virid. ad 40,0) vorgegangen.

Bei den seborrhoischen Ekzemen wurde Salicyl- und Borspiritus, Spiritus saponato-kalinus, weisse Präzipitat- oder Tumenolsalbe (Tumenol 2,5 : Epidermin[1]) 50,0) angewandt.

Bei impetiginösen und nässenden Gesichtsekzemen im Kindesalter wurde oft und mit Vorteil die Burchardt'sche Behandlungsmethode angewendet. Dieses von Okulisten und Kinderärzten viel geübte Verfahren ist seitens der Dermatologen wenig gewürdigt. Es besteht in Bepinselung der nässenden oder von den Krusten befreiten Ekzemherde mit 1—3 % Lapislösung, worauf eine indifferente Salbe aufgelegt wird. Von vornherein kann man auch eine 2—3 %ige Lapissalbe anwenden[2]).

Prurigo wurde in 23 Fällen beobachtet, von denen 17 männlichen und 6 weiblichen Geschlechtes waren. Im allgemeinen kommt ja Prurigo etwas häufiger beim männlichen Geschlecht vor. Block verzeichnet hinwiederum 13 männliche und 19 weibliche Prurigokranke. — Ausser 2 Patienten von 34 und 41 Jahren gehörten sie den ersten beiden Jahrzehnten an; fast ausnahmslos fand sich die Angabe, dass das Leiden seit dem 1.—3. Lebensjahre bestehe. Therapeutisch wurde

[1]) Epidermin (S. Kohn) ist ein sehr gutes, schnell eintrocknendes Konstituens, bestehend aus Bienenwachs, Wasser und Glycerin.

[2]) Genauere praktische wie historische Angaben hierüber finden sich bei Rille, Behandlung des Ekzems im Kindesalter. Jahrbuch f. Kinderheilk. 51. Bd., 1899, S. 393.

Sapo viridis, entweder rein, oder zu gleichen Teilen mit Vaseline oder mit Zusatz von 10 % Schwefel oder Naphtol verwendet. Die Salbe wird abends eingerieben und früh möglichst in lauem Bade abgewaschen. In einem Falle wurden ausserdem Carbolpillen gegeben (Acid. carbol. 5,0 auf 50 Pillen 5—10 Pillen täglich), gelegentlich auch Leberthran.

Endlich gehört zu den chronischen Juckausschlägen die als **Strophulus** (Lichen urticatus infantum) bezeichnete, eine Sonderstellung beanspruchende Dermatose des Kindesalters. Sie beginnt mit Urticariaquaddeln, deren Zentrum stecknadelkopfgrosse Knötchen oder auch Bläschen aufsitzen, welche zurückbleiben, während die primären Quaddeln verschwinden. Hauptsächlich sind der Stamm und die Nates befallen, doch auch die Extremitäten, einschliesslich der Handteller und Fussohlen und selbst Gesicht und Capillitium. Die Krankheit betrifft das erste Kindesalter meist in den ersten zwei Lebensjahren, man sieht sie aber auch noch bei 3 und 4jährigen Kindern, und dann hatte sie eben schon früher eingesetzt. Unter unseren Fällen war ein Knabe von 10 Monaten, der mit Salizylalkohol behandelt wurde. Sind auch die subjektiven durch den Juckreiz und die Schlaflosigkeit gegebenen Beschwerden sehr intensive, so ist doch die Prognose im allgemeinen gut; die Behandlung muss aber eine sehr sorgfältige sein, weil nach v. Neumann ein Uebergang in Prurigo möglich ist. Wie Rille hervorhebt scheinen bei diesem von beginnender Prurigo differentialdiagnostisch nicht immer ganz leicht auseinander zu haltenden Leiden im Gegensatze zu dieser die sozialen Verhältnisse von geringem Einflusse, und es wird sowohl bei anämischen als auch bei überernährten, fetten Kinder angetroffen.

Follikulitiden.

Acne simplex gelangte bei 57 Männern und 42 Frauen, insgesamt bei 99 Individum zur Behandlung. — Die einzelnen

Lebensjahre verteilten sich folgendermassen: 49 im 2., 33 im 3., 13 im 4., 2 im 5. und je einer im 6. und 7. Jahrzehnt. Es finden sich also wie gewöhnlich die Pubertäts- und folgenden Jugendjahren von der Akne betroffen, in den 20iger bis 30iger Jahren pflegt sie zu verschwinden. Lokalisiert war die Akne in den meisten Fällen im Gesicht, bei einigen ausserdem noch am Stamme.

Zur Behandlung wurden in 58 Fällen Waschungen mit Hebra'schem Seifenspiritus angeordnet, ferner Aufstreichen von Sapo viridis, entweder pur oder zu gleichen Teilen mit Vaseline oder mit Zusatz von 10 % Naphtol-β. Auch Pflaster wurden angewendet, wie Salicylseifenpflaster (10—30 %), Salizylpflaster (30 %), Resorcin- oder Ichthyolpflaster, Emplastrum Hydrargyri oder, Emplastrum Hydrarg., Empl. saponat. $\overline{aa}$. Auch Einpinselungen mit dem Bodensatz von Schwefelsuspensionen wurden verordnet (Sulfur. praec. 20,0 Glyzerin. 10,0 Spirit. vin. Gallic. 50,0 oder Lact. sulfur., Kal. carbon., Glycerin., Spir. vin. dilut. $\overline{aa}$) und endlich Schwefelnaphtol- und Resorcinpasten.

Von **Acne artificialis,** also jener Form, welche nicht wie die gewöhnliche Acne durch Retention seborrhoischer Produkte und wohl noch durch gleichzeitige Mitwirkung pyogener Mikroorganismen, sondern durch von aussen in die Follikel gelangende chemische Stoffe zur Entwicklung gelangt, wurde ein besonders prägnanter Fall beobachtet, welcher hohes diagnostischer Interesse wegen der möglichen Verwechselung mit Syphilis darbot! Acne artificialis entsteht meistens durch Einwirkung von Theer, sei es, dass er zu therapeutischen Zwecken benutzt wurde, oder bei Arbeitern in Theerfabriken und Spinnereien, wo Theerprodukte zum Schmieren der Maschinen verwendet wurden (Hebra, v. Neumann u. a.)

Der Kranke, ein 48jähriger Maschinenweber, wurde bereits wiederholt von verschiedenen Aerzten als mit Syphilis

behaftet Jod- und Quecksilberkuren unterzogen. An der Beugeseite des rechten Armes, namentlich am Vorderarm und in der Umgebung des Ellenbogengelenks, waren zahlreiche unregelmässig disseminierte, nur wenig das Hautniveau überragende, hanfkorngrosse dunkelrote bis rotbraune Efflorescenzen von mattem Glanze. Die meisten waren oberflächlich glatt, einige wenige mit dünner Schuppe oder Kruste versehen, die einer eingetrockneten Pustel entsprach. Daneben fanden sich hier auch dunkelbraune Pigmentflecken von gleicher Grösse, bereits resorbierten Efflorescenzen entsprechend. In der linken Ellenbeuge waren nur wenig Efflorescenzen. Aehnlich afficiert erschien die innere Schenkelfläche linkerseits, wo an einer überhandflächengrossen Stelle gleiche oder nur wenig grössere, überhalblinsengrosse kreisförmige, ziemlich scharf konturierte, ziemlich resistente flache Knötchen sich vorfanden. Auch an den Nates waren hanfkorngrosse Efflorescenzen, rechts etwas zahlreicher als links, jedoch mit etwas lebhafteren Entzündungserscheinungen. Die Färbung derselben war eine hellrote bis bläulichrote, der scharfe Rand fehlte, und die Efflorescenzen gingen allmählich in die normale Haut über, auch fehlte dort der leichte Glanz. Fast dieselben Efflorescenzen wie an den Extremitäten waren an der Haut des Penis, Scrotums und des Mons Veneris: zahlreiche schrotkorngrosse, blassrotbraune, an die Follikel gebundene, hie und da abschilfernde Efflorescenzen. Am Skrotum waren sie besonders links an der Contaktstelle mit dem Penis entwickelt. Auch die dem Genitale benachbarten Partien zeigten die gleichen Veränderungen: einzelne Efflorescenzen mit winzigem flachen Eiterpunkt. Die Drüsen in inguine waren etwas vergrössert, etwa doppelbohnengross, sonst aber von normaler Beschaffenheit: eine Cubitaldrüse links haselnussgross.[1])

[1]) Der Fall ist genauer erörtert und abgebildet bei Rille, Über eine besondere Form von Acne artificialis. Derm. Zeitschr., hersg. v. Lassar: Bd. VI, 1899.

Die hier vorliegende Affektion dürfte identisch sein mit der von Leloir bei Knüpfern und Spinnern beschriebenen Hautaffektion, welche ebenso wie hier durch die mit brenzlichen Produkten imprägnierten Kleidungsstücke hervorgerufen wurde.

Weiterhin fand sich bei 3 Patienten eine **Acne ex usu Jodi.**

Von hervorragendem klinischen Interesse war ein Fall von **Acne ex ulcerans serpiginosa nasi** bei einem 40jähr. Manne, bei welchem ein den grössten Teil des Nasenrückens einnehmender und von hier auf die Glabella und auf die Wangen sich erstreckender kindshandgrosser Krankheitsherd sich befand; die centralen Partien drusig uneben, da und dort lochartig vertieft und eitrig belegt, meist aber narbig, die Peripherie durch knotige zu einer gewellten serpiginösen Linie zusammenfliessende Efflorescenzen gebildet. Diese sehr seltene, ätiologisch unklare Acneform könnte zwar zur Acne varioliformis in Parallele gestellt, darf aber keineswegs etwa als besondere Lokalisation und Verlaufsvariante derselben aufgefasst werden. Unser Fall, welcher am 9. März 1898 in der Wiener derm. Gesellschaft durch Wilhelm [1]) demonstiert wurde, bietet grosse Analogien zu einem unter dem gleichen Namen von Kaposi beschriebenen und abgebildeten Falle, [2]) bei welchem indes blos die Nasenspitze afficiert war. Auch Lang beobachtete einmal Uebergreifen auf die Wange. Die Affektion ist insofern gutartig als sie, wie Finger festgestellt hat, unter indifferenten Salben abzuheilen vermag.

Als eine andere besondere Acneform wurde von Kaposi ein als **Acne teleangiectodes nasi** beschriebener Zustand aufgefasst, wobei sich sehr weiche, gefässreiche nicht ver-

[1]) Archiv für Dermatologie u. Syphilis 1898, Bd. 45, S. 229.
[2]) Arch. f. Darm. u. Syph. XXVI, 1894, Tafel VIII.

eiternde stecknadelkopf- bis erbsengrosse Knoten bilden. Andere zählen sie zu den Tuberkuliden, also Hautveränderungen, welche durch die Toxine des Tuberkelbacillus hervorgerufen würden. Beobachtet wurde die Affektion bei 2 Kranken im Alter von 38 und 40 Jahren.

Auch eine Kranke mit **Acne varioliformis** kam zur Beobachtung mit an der Stirn-Haar-Grenze lokalisierten gruppierten Knötchen, die sich zu Pusteln umgewandelt hatten oder zu schorfartige Borken vertrocknet waren, nach deren Abheilung eine unternivellierte Narbe restierte. Die Behandlung bestand in gelber Präzipitatsalbe.

Wegen **Acne rosacea** waren 25 Männer und 16 Frauen in Behandlung, fast ausschliesslich in höherem Alter, vorwiegend zwischen 30 und 50 Jahren stehend. Die Tatsache, dass mehr als die Hälfte in der Zeit von Februar bis April zur Behandlung kam, hängt vielleicht mit durch die Temperaturverhältnisse bedingten Exacerbationen zusammen. Demgemäss fanden sich unter unseren Kranken mehrere Haus- und Geschäftsdiener, Handarbeiter und Eisenbahnbedienstete; ferner Berufe, wo die Schädlichkeiten von Wind und Wetter mit der Alkoholwirkung concomitieren, stellen bekanntlich ein grosses Contingent zur Erkrankung an Rosacea. Bei einem Falle schien das Hautleiden durch Prostatahypertrophie veranlasst. Das dritte oder hypertrophische Stadium, die Pfundnase oder **Rhinophyma** wurde bei zwei Männern von 66 und 74 Jahren behandelt. Die Therapie war ähnlich der bei Acne vulgaris geübten; ausser Seifenspiritus, Emplastrum saponatosalicylicum, Emplastrum Zinci oxydati, Resorcin- und Ichthyolpflaster, Sapo viridis, Salicyl- und Resorcinalkohol, Resorcinsalbe 2,0:50,0, Ichthyolsalbe und Anthrarobintinktur wurde noch insbesondere von Schälpasten ausgedehnt Gebrauch gemacht. Erweiterte Gefässe wurden skarifiziert, das Rhino-

phyma nach dem als Dekortikation bekannten und aus Rille's Klinik von Rusch [1]) eingehender geschilderten Verfahren operativ beseitigt. Die Heilung und Ueberhäutung erfolgt dabei überraschend schnell vom Epithel der Talgdrüsengänge aus, sodass Transplantation überflüssig, ja unzweckmässig ist:

Sykosis (Folliculitis barbae) wurde bei 20 Kranken beobachtet; die meisten standen in den 20er und 30er Jahren. Bei der Behandlung wurde besonderes Gewicht auf die ärztlicherseits in der Poliklinik selbst geübte Epilation gelegt; hernach wurden Salbenverbände (Unguentum diachyli, Unguentum Vaselini plumbicum, 1 %ige Salicyllanolinvaseline, weisse Präzipitatsalbe) oder Schälpasten angewendet, entweder nach Lassar's (Naphtol- β 4,0 Sulfur praecip. 10,0 Sapon. virid. Vaselin. $\overline{aa}$ 20,0) oder nach Philippson's Empfehlung (Naphtol., Camphor., Vaselin. $\overline{aa}$ 10,0, Cret. alb. 5,0, Sapon. viridis 15,0, Sulfur. praecip. 50,0), von welchen die letztere besonders intensive Wirkung entfaltet.

Blasenausschläge.

Es gelangten 3 Fälle von **Pemphigus** zur Beobachtung. Der erste Fall betraf einen 55jährigen Pfründner, früheren Bäckergesellen, welcher seit etwa 5 Jahren mit regionären, stets an den gleichen Lokalisationen, doch in continuirlicher Folge sich entwickelnden Blaseneruptionen behaftet war, [Benigne Form des Pemphigus vulgaris, der Pemphigus localis s. solitarius]. Afficiert erschienen der rechte innere Malleolus, Penis und Scrotum, die Conjunctiva ferner die Mundschleimhaut. An Stelle der abgeheilten Blasen an der äusseren Haut fanden

[1]) Wiener Klinische Wochenschrift 1902, Nr. 13.

sich livide, teilweise feste narbenartige Stellen neben frischen Blasen und erodierten diphtheroid belegten Plaques. An der Wangenschleimhaut zeigten sich grosse dunkelgerötete Substanzverluste, die Reste der blasigen Abhebungen; am harten und weichen Gaumen unregelmässige seichte, leicht blutende Epitheldefekte. Die oberen Schneidezähne waren gelockert. Die Conjunctiva bulbi und palpebrarum war hochgradig gerötet, chemotisch gewulstet und sehr leicht verschiebbar in Form konfluierter flacher blasiger Abhebungen. Hie und da flottierten deutliche Epithelfetzen in der Thränenflüssigkeit, Ueberreste geplatzter Blasen. — Der Prozess am Auge ist sicherlich als das einleitende Stadium des mit Symblepharon, Undurchsichtigkeit und Trockenheit der Hornhaut und zuletzt totaler Erblindung, einhergehenden eigenartigen Krankheitsbildes anzusehen, welches Albrecht v. Graefe als essentielle Bindehautschrumpfung beschrieben hat und welches erst später als Pemphigus erkannt wurde.

Der zweite Kranke, ein 42jähriger Brauer, zeigte gleichfalls die isolierte Lokalisation an der Mundschleimhaut.

Bei dem dritten Falle einer 35jährigen Kranken, war die Diagnose nicht mit Sicherheit zu stellen. Seit 5 Wochen bestand an der Beugefläche des rechten Oberschenkels ein übertalergrosser flacher leicht granulierender Substanzverlust, dessen spontane Entwicklung und scharfe ovaläre Begrenzung an Pemphigus denken liess.

Auch ein Fall von **Pemphigus acutus** (contagiosus) **infantum** gelangte bei einem 11 Monate alten Knaben zur Beobachtung. Die Therapie bestand in Dermatol-Streupulver oder Salicyllanolin.

Pustelausschläge.

Der häufigste und unter unseren Fällen einzige Repräsentant dieser Gruppe ist die **Impetigo contagiosa**. Die behandelten 9 Fälle standen im Alter von 7, 8, 10, 15, 19 (2mal), 24, 30 und 35 Jahren. Bei den Kindern und den übrigen jüngeren, durchweg männlichen Kranken war zumeist das Gesicht afficirt. Bei den übrigen bestanden vorwiegend an den Unterschenkeln grössere schlaffe Blasen oder Pusteln oder aus solchen hervorgegangene schwarzbraune flache Borken. Es handelte sich meist um unter schlechten äusseren Verhältnissen befindliche, in feuchten Logis oder gar in Stallungen auf Stroh nächtigende Individuen. Die Heilung welche viel schneller eintritt als beim impetiginösen Ekzem, geschah durch Verbände mit weisser Präzipitatsalbe, Unguentum Vaselini plumbicum, 2 %ige Lapissalbe oder folgende Salbenmischung: Hydrarg. sulfur. rubr. 0,5 Sulfur. praec. 10,0 Lanolin, Vaselin $\overline{aa}$ ad. 50,0 (Lassar). Ferner wurde auch Salicyl- und Dermatolpflaster verwendet.

Entzündung mit Ausgang in Geschwürsbildung.

Beim **Ulcus cruris** war wie allgemein auch hier die Beteiligung der Frauen eine stärkere: es verhielten sich die Männer zu den Frauen wie 6 : 11, was sich ja aus den ätiologischen Momenten (verlangsamte Zirkulation infolge andauernden Stechens) erklärt. So fanden sich auch unter den Behandelten mehrere Hausfrauen, Dienerinnen und eine Wäscherin, unter den Männern ein Kellner und ein Schankgehilfe. Der jüngste Patient war 28 Jahre alt, der älteste 80.

Die Behandlung erfolgt mit feuchten Umschlägen. Einpudern mit Gyzinol (Bitumin. fagi 8.0: Calc. sulfurie. 40.0 sowie Salbenverbänden mit 3prozentiger Lapissalbe, weisser Präzipitatsalbe, Unguentum diachylon oder Unguentum Vaselini plumbicum, auch mit Zusatz von 1 % Carbolsäure.

Infektiöse Granulationsgeschwülste.

Aus der Gruppe der infektiösen Granulationsgeschwülste sind zunächst die tuberkulösen Hauterkrankungen wie Lupus vulgaris, Scrofuloderma, Tuberculosis verrucosa cutis und Tuberculosis cutis propria s. miliaris ulcerosa zu nennen.

Mit **Lupus vulgaris** waren 15 Individuen behaftet; darunter waren nur drei weiblichen Geschlechts. Im allgemeinen findet sich Lupus bei Frauen etwas häufiger. Zur Zeit der Untersuchung standen die Kranken in den verschiedensten Lebensaltern, wohl aber liess sich bei den meisten, wie das meistens die Regel zu sein pflegt, der Beginn des Leidens in der frühen Jugendzeit (5. bis 10. Lebensjahr) nachweisen. Mehr zu den Ausnahmen gehört der je einmal beobachtete Anfang im 20. und 24. Lebensjahre. Nach Morphologie und Lokalisation wurden die verschiedensten Formen beobachtet; in 2 Fällen war der Sitz im Gesicht, in je einem Falle an der Nase, an der linken Fusssohle, am Anus und an der Streckseite des rechten Daumens. In letzterem Falle handelte es sich um **Lupus vulgaris hypertrophicus sive papillaris**. Zwei war der Sitz am Unterschenkel; in dem einen Falle hatte er zu Elephantiasis geführt (s. d.), im anderen Falle kam es zur tuberkulösen Lymphangitis und wegen gleichzeitiger Lungenphthise zum Exitus. Auch die besonders die

Extremitäten betreffende serpiginöse Form wurde beobachtet. 5mal wurden die Lupusherde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, in den übrigen Fällen wurde vorwiegend Pyrogallussalbe, gelegentlich auch graues Pflaster oder Salicylseifenpflaster appliziert.

Hervorzuheben wäre der Fall eines 57 Jahre alten Bauers. Bei diesem bestand rechterseits am Rücken in der Skapularlinie in der Höhe der letzten 4 Rippen eine kinderhandgrosse, im Zentrum weissliche, am Rande blassbraun pigmentierte Narbe; an ihrem oberen und medialen Rande waren blassgelbe Krustenlamellen aufgelagert und unter diesen serpiginös weiterschreitende braunrote Knoten. An der rechten Glutäalhälfte ein mehr als handtellergrosser livide gefärbter, drusig-warzig zerklüfteter, hin und wieder mit Borken versehener Krankheitsherd, welcher gegen die Analöffnung und das Perineum und Skrotum sich erstreckte. Der laterale und der obere Rand zeigte 2 Finger breite, noch derb infiltrierte Narben und innerhalb derselben unregelmässig begrenzte, seichte, wenig absondernde Ulcerationen. Auch an der linken Glutäalhälfte fand sich eine talergrosse drusig-papilläre Partie. — Durch Exkochleation und Aetzung mit Lapis wurde völlige Heilung erzielt.

An der Nates erscheint der Lupus entweder in der serpiginösen Form oder wie hier unter dem Bilde der Framboësia luposa. Bemerkenswert war ferner das nicht gerade häufige Uebergreifen des Lupus auf das genitale.

Als **Scrofuloderma** werden die isoliert oder im Gefolge skrofulöser Knochen- und Lymphdrüsenerkrankungen auftretenden Hautveränderungen bezeichnet, wobei sich, meist im Gesicht, am Halse oder an den Extremitäten, Knoten und Erweichungsherde unter der Haut bilden, welche durchbrechen

und so zu unregelmässigen, schmerzlosen Geschwüren mit unterminierten, dünnen, blauroten Rändern führen. Der Grund ist mit schlappen Granulationen bedeckt und sezerniert dünnflüssigen, bisweilen mit käsigen Partikeln vermischten Eiter. Knötchen finden sich im Gegensatz zu Lupus nie. Scrofuloderma fand sich bei 5 männlichen und 2 weiblichen Kranken, darunter waren Kinder von $3^1/_2$, 11 (2mal) und 12 Jahren, die anderen im Alter von 19, 31 und 42 Jahren. Bei den letzteren Patienten bestand noch Lymphadenitis cervicalis, bei einem Kinde Caries der Wirbelsäule, bei einem anderen, bei dem das Hautleiden nach der ersten Impfung entstanden sein sollte, Fungus cubiti dextri. Die Therapie bestand in feuchten Umschlägen, Jodoformverbänden, grauem Pflaster, weisser Präcipitatsalbe, 1 bis 2% iger Lapissalbe oder 15% iger Jodkalisalbe. Innerlich wurde Lebertran verordnet.

Die **Tuberculosis verrucosa cutis** ist eine klinisch nicht immer leicht von Lupus verrucosus s. papillaris zu unterscheidende Erkrankung, welche sich besonders bei Fleischern, Abdeckern, Anatomiedienern findet, demnach bei Leuten, die mit infiziertem Leichenmaterial zu tun haben, ferner auch bei Phthisikern, welche sich ihr Sputum an verletzte Körperstellen inokulieren. Daraus erklärt sich der Lieblingssitz an Händen, seltener an den Füssen, noch seltener an anderen Körperstellen. Die Affektion fand sich bei 6 Männern und 4 Frauen im Alter von 33 bis zu 67 Jahren. Leute der oben erwähnten Berufsklassen fanden sich aber nicht darunter, höchstens bei einem Bauer wäre die Infektion durch Ausschlachten eines perlsüchtigen Rindes denkbar. 2mal war der Sitz am Handrücken, je einmal am Daumenballen, an der Streckfläche des Daumens und am Nagelbett, am Fussrücken (bei einer Krankenpflegerin) und an der Basis der kleinen Zehe. Bei einer Näherin fand sich am Handrücken ein übertalergrosses Infil-

trat mit bienenwabenartigen Perforationsstellen, besonders in der Mitte, aus welchen sich Eiter drücken liess. In diesem Falle wurden Karbolwasserumschläge gemacht, im übrigen graues Pflaster oder Salizylseifenpflaster aufgelegt und in 5 Fällen wurden die Herde exkochleïert.

Tuberculosis milaris ulcerosa wurde bei einem 29jährigen Fleischhauer beobachtet in Gestalt tuberkulöser Geschwüre der Zunge und Mundschleimhaut. An der Zungenspitze und unterhalb derselben fanden sich vielfache zackig und sternförmig konturierte, stecknadelkopfgrosse Geschwüre, gleichmässig und dicht grauweiss belegt. Daneben bestanden tiefe Zahnabdrücke. Ebensolche Geschwüre in noch viel grösserer Anzahl, teilweise konfluierend, waren an der Schleimhautfläche der Ober- und Unterlippe, welch letztere verdickt und geschwollen, mit einer medianen Furche versehen erschien. An den Mundwinkeln und an den angrenzenden Partien der Wangenschleimhaut bestanden ausgebreitete drusig-warzige Hervorragungen, teils fleischrot, teils mattweiss gefärbt oder mit gelblichen weichen Borken belegt. Das Zahnfleisch und die tieferen Rachenpartien waren intakt; dagegen wiesen die beiden Taschen- und Stimmbänder, sowie die Interarytänoidfalte eine Reihe oberflächlich exulcerierter, höckeriger Infiltrate auf. Die Aryknorpel waren gut beweglich. Es bestand hochgradige Heiserkeit, aber keine Schmerzhaftigkeit und nur geringe Salivation. Die Kehlkopfaffektion hatte vor 5 Jahren begonnen, die Lippen- und Zungengeschwüre erst vor 3 Jahren. Phthisis pulmonum schien nicht vorzuliegen.

Die Tuberculosis cutis propria s. miliaris ulcerosa findet sich entweder primär oder neben Tuberkulose innerer Organe (Lunge, Kehlkopf, Darm) und beruht in letzterem Falle auf Autoïnokulation. Sie findet sich in Form unregelmässiger seichter Geschwüre, an deren Rande bisweilen mohnkorngrosse

miliare Tuberkel sitzen. Von da aus kann die Erkrankung auf die angrenzenden Schleimhäute übergreifen oder sie kann auf diesen selbständig auftreten. Besonders an den Uebergangsstellen von Haut und Schleimhaut entwickeln sich häufig die oben erwähnten papillären Wucherungen.

Der Nachweis von Tuberkelbazillen gelingt meist nur schwer; es gibt aber auch Fälle, bei denen sie in sehr grosser Menge vorhanden sind, so dass man glauben möchte, Leprabazillen vor sich zu haben.

Die Prognose der primären Formen ist nicht immer absolut ungünstig. Kaposi erwähnt Spontanheilungen. Therapeutisch wird von Rille in erster Linie Argentum nitricum hervorgehoben.

Ein Fall von **Lepra tuberosa** wurde beobachtet bei einem 18jährigen Kranken, noch ganz besonders bemerkenswert wegen der sehr seltenen Lokalisation der Knotenlepra an den Fusssohlen. Der Fall ist von Prof. Rille ausführlich beschrieben in der Fachzeitschrift „Lepra. Bibliotheca internationalis“[1]) und daselbst wie in Fig. 21 des Lehrbuches der Hautkrankheiten abgebildet.

Der Patient stammte aus Rumänien. Vor nicht langer Zeit noch war man der Meinung, dass die Lepra nur in den nordischen Staaten (Norwegen, Livland) und in überseeischen und tropischen Gegenden vorkomme. Gerade in den letzten Jahren hat aber das Vorkommen von Leprafällen in der Gegend von Memel das allgemeine Interesse erregt; ebenso ist ihr Vorhandensein in der Türkei und in Griechenland schon länger bekannt. Nachdem 1860 für Rumänien ein solcher Herd an der Sulinamündung bekannt ge-

[1]) Vol. II. Leipzig 1901.

worden und weiteres 1874 von Schreiber über 2 Leprafälle aus Rumänien berichtet worden war, haben dann Kalindero und Babes 1890 über die bis dahin beobachteten 33 Fälle Mitteilung gemacht. Die Gesamtzahl der bis 1898 für Rumänien nachgewiesenen Leprakranken betrug 208, davon 124 bei Kalindero in Behandlung gestanden hatten (darunter 115 Rumänier). Dieser Autor wie auch Paul Petrini erörtern die Verbreitungswege und finden sie in den Landwegen über die Dobrudscha und Moldau her von den Leprastätten des südlichen Russlands, dem Wolgagebiet und dem der Don'schen Kosaken, ferner auch seitens durchziehender gefangener Türken im Kriege von 1877.

Der junge Mann war, als er sich in der Poliklinik vorstellte, seit etwa 6 Jahren krank; das Leiden sollte unter fieberhaften Erscheinungen allmählich an Gesicht und unteren Extremitäten eingesetzt haben. Der Kranke zeigte das typische Bild der Lepra tuberosa mit besonderer Beteiligung des Gesichtes in Gestalt der sogenannten facies leontina. An der Haut des Gesichtes fanden sich dicht gedrängte, haselnuss- bis überwallenussgrosse halbkugelig-prominente, seltener flache, blassbraune, teilweise gelblich durchschimmernde, etwas glänzende, an der Oberfläche vielfach vaskularisierte, derbe schmerzlose Knoten. Vorzüglich befallen erschienen die Nasenflügel und Nasenspitze, die Nasolabialgegend, Oberlippe und Kinn, demnächst Stirn und Wangen. An der Stirn waren die Knoten zuletzt erschienen. An den Wangen, die ebenso wie die nicht befallenen Teile des Gesichtes schmutzigbraun und schiefergrau verfärbt waren, fanden sich auch vielfache kleinere, etwa erbsengrosse, in die Subkutis eingebettete Knoten, die besser durch das Tastgefühl wahrgenommen werden konnten. Hin und wieder war auch ein Knoten an kleiner Stelle erodiert und nässend, wohl infolge mechanischer Insulte. Von solchen Ver-

letzungen aus war auch wiederholt schon weiterer Zerfall auch grösserer Knoten eingetreten, wie vielfache Narben im Gesicht ergaben. Die Augenbrauenbogen waren verdickt, scharf hervortretend, nahezu haarlos, von konfluierenden, aber bereits abgeflachten Knoten besetzt; etwas moroser Gesichtsausdruck. Die oberen Augenlider hingen tiefer als normal herab, am Lidrande sassen bohnengrosse, den Bulbus beschattende Knoten. Am Limbus conjunctivae war eine schmutziggelbe Infiltration, die sich pterygiumartig über die Cornea bis zur Mitte der Pupille erstreckten, jedoch den nasalen Anteil der Cornea frei liess. Auch im Irisgewebe zeigten sich winzige Knötchen; die rechte Pupille erweiterte sich auf Homatropin hin unregelmässig infolge hinterer Synechien. Auch im Augenhintergrund bestanden Veränderungen.

Der harte und weiche Gaumen waren Sitz ausgedehnter halberbsengrosser konfluierter Knoten, die zuerst oberhalb der Uvula aufgetreten waren und sie fast gänzlich konsumiert hatten. Auch die Lippen waren von Knoten durchsetzt, die am Lippenrot begonnen hatten; besonders die Unterlippe war stark verdickt, wulstig und ektropioniert. Die Zahnfleischpyramiden waren zerfallen und missfarbig belegt. Im Larynxs bestanden ausgedehnte Veränderungen, daher starke Heiserkeit.

Auch in die Ohrläppchen und den Antitragus waren Knoten eingelagert von mehr weicher, sulziger Beschaffenheit. Das Capillitium war gänzlich frei und zeigte dichte Behaarung.

An den oberen Extremitäten, vorzüglich an deren Streckfläche waren vielfache, mehr flache und derbe, durchwegs dunkelbraun gefärbte, oberflächlich glänzende, mitunter etwas abschilfernde Knoten, meist dicht gedrängt, halbkreuzergross und darüber, dazwischen aber auch vielfach hanfkorngrosse, lentikuläre, derb-elastische sepiabraune Effloreszenzen; mehr weiche, kleine, konfluierte, rötlich gefärbte Knoten sassen am

Handrücken und der Streckfläche der Finger. Die Handteller waren völlig frei.

An den Oberschenkeln, den Streck- sowie Beugeflächen, zeigt esich ein von weitem wie Cutis marmorata aussehendes schmutziglivides Netzwerk, das jedoch aus in Kreisform aneinander gereihten ganz flachen Knoten sich zusammensetzte, die nur hie und da über das Hautniveau hervortraten. Aehnlich verhielt es sich an den Nates, wo auch noch grössere Knoten sassen. Die Füsse erschienen stark verdickt; an den Fussrücken war die Haut schmutzigbraun und mit Knoten durchsetzt. Die Fussohlen zeigten beiderseits dicht gedrängte, flach elevierte, blassrote, mattglänzende, konfluierende überkreuzergrosse Knoten von ziemlicher Derbheit, die über den Fussrand nach aussen und innen auf den Fussrücken übergriffen.

Der Stamm war nur in der Brustgegend und in der Höhe der Spinae scapulae Sitz von gruppierten linsengrossen, sepiabraunen makulösen Effloreszenzen, die erst in letzter Zeit hervorgetreten waren. Das Genitale war frei, die Hodensubstanz normal, doch hatte bisher noch niemals Abgang von Sperma stattgefunden.

Die Inguinaldrüsen, und noch mehr die in der fossa ovalis waren in charakteristischer Weise multipel geschwollen, bis hühnereigross, derb-elastisch, indolent. Die Cubitaldrüsen waren haselnussgross.

Körperliche Entwickelung entschieden reduziert; Knochenbau gracil, Panniculus gering. Die inneren Organe waren normal; der Urin frei von pathologischen Bestandteilen.

Ein an der Fusssohle excidiertes Stück zeigte den typischen Bau des Lepraknotens sowie auch Bazillen in grösster Menge. In den grösseren Knoten waren sie selbstredend in geradezu enormer Zahl vorhanden. Der Fall stellte eine reine Form

der Lepra tuberosa dar, ohne irgend welche anästhetische Bezirke, ausgenommen die grösseren Knoten, an denen wie gewöhnlich Fadenberührung nicht empfunden wurde.

Dermatomykosen.

Favus, der meist seit der Kindheit her datiert, findet sich hauptsächlich bei jugendlichen Individuen und zwar entschieden häufiger bei männlichen. Unter unseren Kranken befanden sich 6 mit Favus behaftete junge Leute von 14, 17 und 18 (je 2) und 26 Jahren.

Die bei weitem häufigste Lokalisation ist der behaarte Kopf, wo sich die charakteristischen scharf umschriebenen, schwefelgelben, schüsselförmig vertieften Auflagerungen finden, an deren Stelle sich atrophisch weissglänzende, haarlose Narben entwickeln.

An andere Stellen des Körpers gelangt die Krankheit ziemlich selten und zwar durch Autoinokulation infolge Kratzens. Hier bilden sich zuerst blassrote, mit feinen Schüppchen bedeckte Flecken, in deren Bereich sich erst im Verlauf eines Monats die typischen Skutula entwickeln. Auf diese Weise kann es dann zu fast universellem Favus kommen wie auch in einem von unseren Fällen. Der Patient war seiner Zeit wegen häufig rezidivierendem Favus capillitii in Behandlung, wies aber an Stamm und Extremitäten ausgebreitete strangförmige, hellweisse, elevierte Narben auf, ein in dieser Ausdehnung bislang nur noch von Hallopeau verzeichneter Befund. Diese Narben hatten sich im Anschluss an massige, fast zentimeterhohe, korkartige Favusauflagerungen (Favus suberinus und turriformis) entwickelt. — Meist waren die Kranken Abkömmlinge galizischer Familien, einzelne stammten aus Nordungarn. Indes scheint, wie Rille[1]) bemerkt, die Zahl der in Wien autochthon entstandenen Favusfälle entschieden im Zunehmen zu sein.

[1] Wiener klin. Wochenschr. 1901, Nr. 12.

Die Therapie bestand in mechanischer Entfernung der Auflagerungen, Epilation und Applikation von Unguentum Wilkinson.

Unter den durch das Trichophyton tonsurans hervorgerufenen Dermatomykosen fanden sich sowohl Fälle von Herpes tonsurans capillitii als auch von Herpes tonsurans vesiculosus s. circinatus (Ringsworm) und Sycosis parasitaria.

Die erste Form, der **Herpes tonsurans capillitii,** betraf wie fast ausschliesslich Kinder und zwar Geschwister, 2 Mädchen von 4 und 8 Jahren. Das Leiden hatte vor 2 Jahren begonnen. Es bestanden in beiden Fällen scheibenförmige, kahle, mit weisslichen Schuppen bedeckte, mitunter etwas gerötete Stellen, in deren Bereich die Haare glanzlos und brüchig waren und wie mit Mehl bestäubt aussahen. Es kann auch die Kopfhaut diffus erkrankt sein (Pityriasis alba parasitaria). Der Verlauf war sehr langwierig; hie und da war es zur Follikeleiterung gekommen. Die Behandlung wurde mit Seifenwaschungen, Epilation und Einpinselung mit Tinctura Rusci vorgenommen, jedoch keine völlige Heilung erzielt. Ein ganz wesentlicher therapeutischer Fortschritt ist heutigen Tages für solche Fälle die Röntgenbestrahlung. In den Haaren fanden sich sporulirte Mycelien (Sabourands Trichophyton endotrix à Mycelium fragile). Wie Rille [1]) bemerkt hatte Sabourand mit Unrecht behauptet, dass das als Pityriasis alba parasitari geschilderte Krankheitsbild (Schuppenscheiden um den Haarschaft) ausschliesslich durch das sog. Microsporon Audouini hervorgerufen würde. Auch die hier mit geteilte Beobachtung spricht dagegen. Die sog. Mikrosporie (Gruby'sche Krankheit) ist in Wien überhaupt noch nie beo-

[1]) Rille, Lehrbuch Seite 148.

bachtet worden, wohl aber das klinische Bild der Pityriasis alba parasitaria bei einem der echten Trichophytie entsprechenden Pilzbefunde. Rille sah einen unzweifelhaften Fall von Mikrosporie in Innsbruck, welcher autochthon entstanden sein dürfte. Aus Frankreich, wo diese Krankheit ebenso wie in London endemisch vorkommt, eingeschleppte Fälle hat man bisher blos in Hamburg, Strassburg und Bern beobachtet.

Herpes tonsurans vesiculosus wurde bei 9 männlichen und 6 weiblichen Individuen beobachtet; darunter waren 4 Kinder von 4 bis 9 Jahren, und die übrigen standen auch im jugendlichen Alter (bis zu 36 Jahren). Diese Form des Herpes tonsurans befällt fast immer unbehaarte Hautstellen in Form münzengrosser Kreise, die peripher etwas infiltriert sind und schuppen oder von kleinen Bläschen gebildet werden. Nach deren Abheilen können sich nach aussen zu neue konzentrische Bläschenkreise bilden. Sehr häufig ist der Handrücken befallen, ferner der Stamm und auch das Gesicht. Unter vorliegenden Fällen war 2 mal die Lokalisation an der Streckfläche des Vorderarmes vermerkt, je einmal die Schläfengegend, die Nabelgegend und die Peniswurzel Die Behandlung wurde durchgeführt mit Umschlägen von Liquor Burowi oder Borwasser, ferner mit Naphtolalkohol, Anthrarobintinktur oder -Plaster, weisser Präcipitatsalbe oder Unguent. Wilkinson., Unguent. simpl. $\overline{aa}$.

Sycosis parasitaria endlich fand sich bei 3 Männern von 33, 38 und 51 Jahren und zwar im bebarteten Teile des Gesichtes. Dieses und der Hals bilden ja vorwiegend den Sitz dieser Affektion, bei welcher sich zuerst analoge Veränderungen wie bei Herpes tonsurans vesiculosus ausbilden. Dann aber kommt es zur Bildung mehr minder prominenter, schwappender, entzündlich geröteter, schmerzhafter Geschwülste, die an der Oberfläche von Pusteln und trichterförmigen Eiter-

herden siebartig durchsetzt sind und auch papilläre zerklüftete Wucherungen zeigen können. Ausnahmsweise kommen diese Bildungen auch an Kopfhaut (Kerion Celsi), an den Vorderarmen und Handrücken vor, dann natürlich auch bei weiblichen Individuen. Die Infektion erfolgt wie bei Herpes tonsurans vesiculosus durch die verschiedensten Haustiere: Pferde, Rinder, Schweine, Hunde, Katzen, aber auch durch Mäuse und Ratten, ferner aber auch durch infizierte Rasierpinsel. Therapeutisch wurden feuchte Umschläge gemacht und Verbände mit roter Präcipitatsalbe oder folgender Mischung: Acid. carbolic. 1,0 Emplastr. litharg., Vaselin. ser. $\overline{aa}$. ad 50,0.

Von **Pityriasis rosea** (fälschlich Herpes tonsurans maculosus et squamosus genannt) wurden insgesammt 22 Fälle beobachtet, wovon 15, also $^2/_3$, dem männlichen Geschlechte angehörten. 5 Kranke waren unter 20 Jahren (15 bis 19 Jahre), 10 gehörten dem nächsten, 4 dem übernächsten Jahrzehnt an, je einer war im Alter von 40, 51 und 61 Jahren. Eine Häufung der Fälle während der warmen Jahreszeit liess sich nicht nachweisen, vielmehr fiel die Hälfte der Erkrankungen in das erste Jahresquartal. In je einem unserer Fälle waren nur die oberen, resp. unteren Extremitäten befallen.

Nicht selten sind, wie bekannt, Verwechslungen mit Roseola syphilitica. Dies mag der eigentliche Grund dafür sein, dass man, wie Szabóky[1] behauptet, Männer häufiger befallen findet. Männer begeben sich häufiger in ärztliche Behandlung wie Frauen und sind sicherlich auch häufiger mit Lues afiziert. Oft genug kommen Luetiker mit Pityriasis rosea zum Arzt, im Glauben, mit einem syphilitischen Ausschlag behaftet, durch welchen Umstand allein die anscheinend gesteigerte Frequenz der Pityriasis rosea bei Männern ungezwungen erklärt werden

[1]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1906.

dürfte. Bei einem Kranken fand sich übrigens Pityriasis rosea in Verbindung mit einer Roseola annulata.

Die Behandlung bestand in Salicyl-, Bor- und Karbolspiritus, Seifenspiritus, Anthrarobintinktur, Naphtol-Schmierseife (2,0:50,0), Chrysarobinpflaster und Chrysarobinepidermin (3,0:30,0).

Pityriasis versicolor zeigte sich bei 47 Individuen, 32 Männern und 15 Frauen, mitunter nur als Nebenbefund bei anderweitigen Hautaffektionen. Von sämtlichen Kranken standen 40 zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre, ferner fand sich ein Kind von 7 Jahren, bei denen das Leiden nur ganz ausnahmsweise vorkommt; die wenigen übrigen waren älter als 40 Jahre. Mit inneren Leiden hat diese rein lokale Affektion bekanntlich nichts zu tun und findet sich ebenso wie Pityriasis rosea bei stark transpirirenden Individuen.

In 24 Fällen wurden Einpinselungen mit verdünnter Jodtinktur vorgenommen (Tinct. Jodi 10,0 Spir. vin. Gallic. 30,0), ferner mit Salizyl-, Bor-, Karbolalkohol oder Anthrarobintinktur. Auch Schmierseife wurde angewandt mit Zusatz von Schwefel oder Naphtol.

Hauterkrankungen durch tierische Parasiten.

Der Häufigkeit nach steht hier an erster Stelle die **Scabies** mit 84 Fällen, wobei das Verhältnis der Männer zu den Frauen sich wie 3 : 1 darstellt. Was das Alter anlangt, so waren unter 10 Jahren 11 (das jüngste Kind 2 Jahre), von 11—20 Jahren 28, von 21—30 Jahren 26, von 31—40 Jahren 14, über 40 Jahren 5 Individuen. Am häufigsten wurde demnach die Krätze bei jüngeren Leuten bis zum 30. Lebensjahre beobachtet.

Die meisten Erkrankungen an Scabies werden erfahrungsgemäss in der kalten Jahreszeit beobachtet. Unter unseren Fällen fand sich die grösste Frequenz (15 Fälle) im Januar.

Von hier aus fällt die Kurve nach beiden Seiten ab, nach dem Frühjahre zu langsamer als nach den Herbst hin, wo das Minimum (2) im September erreicht wird. Unter den Kranken befanden sich 7 Schuster und 5 Kellner; in mehreren Fällen waren verschiedene Familienmitglieder von Krätze befallen.

Zur Behandlung wurde verwendet: Perubalsam (34 mal), Perubalsam mit Styrax liquidus und Seifenspiritus zu gleichen Teilen (22 mal), Unguentum Wilkinsonii (11 mal), ferner bei postskabiösen Ekzemen Salizylspiritus, 2 % iger Naphtolspiritus oder Naphtolseife.

Pediculi capitis fanden sich in 27 Fällen, mit Ausnahme eines 9jährigen Knaben nur bei weiblichen Individuen; 16 waren bis 15 Jahre alt, die übrigen bis zu 90 Jahren. Fast durchweg bestand daneben artifizielles Ekzem.

Die Behandlung bestand in Anwendung von Petroleum (Ol. Petr., Ol. Olivar. $\overline{aa}$ 25,0 Ol. Bergamott. gtts. XX), Sublimatessig (1 : 300), Spiritus camphoratus und Karbolalkohol. Ekzeme wurden, wenn nötig, mit Salbe behandelt.

Das umgekehrte Verhältnis der Beteiligung der Geschlechter zeigte sich bei den **Pediculi pubis**, womit 23 männliche und 1 weibliche Kranke, meist jüngeren Alters, behaftet waren. Ein sehr regelmässiges Symptom ist die als Maculae coeruleae oder taches bleues bekannte Hauteruption, welche sich in mehreren unserer Fälle konstatieren liess. Früher hielt man das Exanthem für eine Varietät der Roseola typhosa; durch die positiven Impfversuche Duguets (1880) mit Verreibungen von Brustteilen der Filzläuse, welche die Speicheldrüsen enthalten, ist die Provenienz der Flecken unstreitig erwiesen. Das Ferment jener Drüsen bildet anscheinend aus dem Hämoglobin einen grünen Farbstoff, welcher durch die Haut bläulich hindurch schimmert (Ehrmann und Oppenheim). Die Therapie

bestand in Einreibungen mit grauer Salbe oder 10%iger weisser Präzipitatsalbe; auch Petroleum mit gleichen Teilen Olivenöl wurde verwendet.

Excoriationes e Pediculis vestimentomen wurden bei 6 Kranken jugendlichen Alters auf Grund der prägnanten klinischen Merkmale festgestellt.

Das Vorhandensein von **Cimices** dokumentierte sich bei 5 männlichen und 10 weiblichen Personen durch reichliche Exkoriationen; in zwei Fällen fanden sich auch noch deutliche Quaddeln, die sowohl durch den Biss entstehen als auch reflektorisch in seiner Umgebung. Die Diagnose der durch die Wanzenbisse gesetzten Hautveränderungen ist nicht immer eine leichte. Am meisten charakteristisch ist das klinische Bild, wenn Kratzeffekte und fleckige Pigmentierung vorwiegend an den Streckflächen einer Oberextremität, also nur lateral nachweisbar sind, was bei Personen, deren Lagerstätte längs einer Wand sich befindet, der Fall zu sein pflegt (Rille). Es wurden Abreibungen mit Salicyl-, Bor- oder Karbolspiritus verordnet.

Petechiae e pulicibus (Purpura pulicosa), zeigten sich bei 7 Personen oft in weiter Verbreitung, so dass die Haut mit Hunderten von Flohstichen wie übersäet war.

Hypertrophiae.

Die angeborenen pathologischen Hautpigmentationen, die **Naevi pigmentosi,** wurden bei 2 männlichen und 10 weiblichen Individuen der verschiedensten Altersklassen beobachtet. Achtmal handelte es sich dabei um Naevi pilosi, deren einer am Nasenflügel lokalisiert war, ein anderer, 11 cm langer und 1—3 cm breiter am Rücken.

9mal wurde die Entfernung mittels Paquelin vorgenommen,

einmal mit der Schere und in einem Falle wurde die Elektrolyse zur Beseitigung angeraten.

Bei einer 24jährigen Köchin wurde ein mässig ausgedehnter **Nervennaevus** am Halse durch Scheerenschlag entfernt.

Als symptomatische Pigmentation wurde bei 2 Frauen von 33 und 36 Jahren **Chloasma uterinum** beobachtet. Die eine davon hatte bereits 11 Geburten durchgemacht und war zur Zeit im 2. Monate gravid.

Von den Pigmentanomalien verschieden sind die sogenannten Dyschromasien der Haut, hervorgerufen durch Einlagerung von Farbstoffen in die Cutis selbst, nicht in das Epithel. Hierher zu rechnen ist ein Fall von **Icterus** bei einem 28jährigen Schutzmann, der ausserdem noch die Erscheinungen des Herpes genitalis darbot.

Zu den Keratosen ohne Papillarhypertrophie gehören die einfachen Hypertrophien der Epidermis, wie sie als **Cornu cutaneum** 1 mal und **Tyloma** 3 mal zur Behandlung kamen. Gegen die Hautschwielen wurde 30—50% Collemplastrum salicylicum in Anwendung gebracht.

Zu den Keratosen ohne Papillarhypertrophie gehören vor allem die Warzen, **Verrucae**. Sie fanden sich bei 18 männlichen und 16 weiblichen Individuen. Als besondere Lokalisation ist von Interesse die am behaarten Kopfe (5 mal), welche sich nach Kaposi besonders bei gleichzeitiger Seborrhöe findet und die am Gesichte (4 mal), darunter je einmal am Naseneingang, Filtrum und am Lippenort der Oberlippe. Zur Entfernung wurde der Paquelin verwendet (15 mal), ferner die Excochleation (9 mal) und die Entfernung mit dem Skalpell (3 mal). In 3 Fällen wurde auch Salicylseifenpflaster verordnet. Die Excochleation wurde teils unter Cocaïnisierung ausgeführt. Zur Nachbehandlung wurde Argentum nitricum und Airol verwendet.

Verrucae senilis fanden sich bei einem 55jährigen Manne.

Lichen pilaris. Die Affektion fand sich bei einem 64- und einem 20jährigen Manne, sowie bei einem 5jährigen Mädchen. Die Therapie bestand in Seifenbädern und Einreibungen mit Unguent. Wilkinson., Unguent. simpl. aa.

Ichthyosis wurde bei 3 Kranken beobachtet. Der erste, ein 35jähriger Kontorist mit leichter Ichthyosis an den Schenkeln und gleichzeitiger Psoriasis vulgaris wurde bereits bei Besprechung dieser Dermatose erwähnt. Die beiden anderen Fälle betrafen einen 67jährigen Nachtwächter mit I. partialis und einen 27 Jahre alten Kommis mit I. universalis und I. serpentina faciei. — Zur Linderung des Leidens, speziell zur Entfernung der Schuppen, wurden Einreibungen mit Sapo viridis und Vaseline zu gleichen Teilen verordnet.

Von **Acanthosis nigricans** wurden 3 Fälle beobachtet, sämtlich bei jugendlichen weiblichen Individuen. Der erste betraf ein 17jähriges, im übrigen völlig gesundes Dienstmädchen. Die Haut beider Axillen war von graubrauner Farbe, durchzogen von ziemlich tiefen Furchen und Linien. Die veränderten Stellen waren umgrenzt von erhabenen Hautfalten, auf welchen hin und wieder hirsenkorngrosse papillomähnliche Geschwülste aufsassen, links ausserdem eine halberbsengrosse vom Aussehen eines Fibroma pendulum. Am Halse, in der Ellenbeuge und in der Sternalgegend fand sich der Zustand nur angedeutet. An der inneren Schenkelfläche waren die gleichen Veränderungen wie in der Achselhöhle. In den Achselhöhlen starkes Schwitzen. Vor $^3/_4$ Jahren hatte in den Achselhöhlen ein ekzemartiger Ausschlag bestanden, und seit dieser Zeit her sollte die Verfärbung datieren.

Der 2. Fall, eine 20jährige Handarbeiterin betreffend, ist

von Rille ausführlich beschrieben worden[1]). Nach den etwas schwankenden Angaben der Kranken sollte das Leiden 6—8 Jahre lang bestehen. Patientin war klein, kräftig, mit gut entwickelter Muskulatur und Fettpolster, von ziemlich anämischer Hautfarbe. Gesichts- und Kopfhaut zeigten nichts Abnormes, dagegen waren Hals und Nacken graubraun verfärbt und kontrastierten stark gegen die weisse Farbe des Gesichts und Oberkörpers. Hals und Nacken waren von einem handbreiten, bandartigen Streifen eingenommen, innerhalb dessen die normalen Furchen und Linien stark vertieft hervortraten und mehr weniger breite, an ihren Kanten zackig konturierte Hautleisten zwischen sich fassten, an denen hin und wieder winzige, bis hirsekorngrosse Geschwülstchen, ähnlich kleinen gestielten Fibromen, sichtbar waren. In ganz derselben Weise, nur beträchtlich stärker verändert, war die Haut beider Achselhöhlen, wo die tiefen Furchen bis zu 4 mm breite Hautfalten zwischen sich fassten, an deren Firsten ebenfalls kleine bis schrotkorngrosse platt gedrückte oder gestielte Wucherungen sassen. Die Haut war dort, im Gegensatz zu der am Halse, die sich fast derb anfühlte, mehr weich und elastisch, ausserdem infolge lebhafter Schweisssekretion mit macerierter schmutzig-brauner Hornschicht bedeckt. Die Furchen verliefen hier in parallelen Zügen von der vorderen zur hinteren Achselfalte, am Halse dagegen zirkulär, wobei einige schräg gegen die Ohrmuscheln, andere vertikal aufwärts stiegen. An der oberen Hälfte der Brustwand, an den Schultern gegen die Achselhöhlen zu und an der Haut des Rückens war die Furchung gleichfalls ausgeprägt, aber nicht tief, ihre Anordnung den Langer'schen Spaltrichtungen entsprechend. Auch hier fühlte sich die Haut trocken und etwas

[1]) Die Heilkunde, Monatsschr. für prakt. Medizin, 5. Jahrgang. 1901. Heft 11.

rauh an. Die Mammae zeigten nahezu normale Haut, zwischen ihnen, oberhalb des Brustbeins, war die Haut stärker und polygonal gefeldert, ähnlich seitlich am Thorax und am Abdomen, wo einzelne hanfkorngrosse, leicht abstreifbare, rundliche oder polygonal konturierte, blassgraue bis schwärzliche hornige Erhabenheiten sassen. In stärkerem Grade war die Nabelgegend afiziert. Die Grenze des Nabelringes war von tiefen Furchen durchzogen, und zwischen ihnen waren breite, mit graubrauner trockener Epidermis versehene Erhebungen Im Bereich der grossen Labien, der Afterkerbe und der Genitocruralfurche waren Furchen und Linien gleichfalls vertieft an einzelnen Stellen, so am Aussenrand der grossen Labien, traten flach elevierte, streifenförmige, kondylomähnliche Bildungen hervor — nicht etwa Geschwülste, sondern Faltenbildungen und Erhebungen gleich denen der Achselhöhle. Auch in der Cubitalbeuge und Kniekehle waren Furchen und Linien vertieft, mit vereinzelten hornigen Knötchen besetzt. Die Hände zeigten keine Abnormität, die Füsse dagegen am Fussrist leichte, den beschriebenen konforme Veränderungen. Mundrachenschleimhaut, Vulva, Vagina und Portio waren normal, die Nägel intakt. Die Haut war allenthalben, mit Ausnahme der Ileocruralfalten, der Achselfalten und inneren Schenkelflächen, welche profusen Schweiss absonderten, abnorm trocken. Das Allgemeinbefinden war in jeder Beziehung gut, die inneren Organe gesund, in Blut und Harn nichts Abnormes.

Asiatische Pillen änderten den Zustand in keiner Weise. Nur stiessen sich durch konsequentes Baden die grauen Knötchen und Schilder ab, bildeten sich aber, wenn nicht gebadet wurde, bald wieder von neuem.

Drittens fand sich Acanthosis nigricans noch bei einer 28jährigen Privata.

Die Acanthosis nigricans ist eine ziemlich seltene Erkrankung

und ist charakterisirt durch eine vorwiegend regionäre und symmetrische Pigmentation und papilläre Hypertrophie, hauptsächlich und stets lokalisiert an Hals, Nacken und Genitale, sehr häufig noch in den grossen Gelenkbeugen, am Nabel und an der Mamma, seltener an den Hand- und Fussrücken und an den Schleimhäuten (auch Vagina). Die Aetiologie ist nicht bekannt, doch fanden sich in der grösseren Mehrzahl der Fälle Carcinom der Mamma, des Uterus odes innerer Organe (Magen) oder Symptome, die den Verdacht auf ein malignes Neoplasma wachriefen. In einigen Fällen, wozu sicherlich die beiden ersten hier beschriebenen gehören, war überhaupt keine sonstige Erkrankung nachweisbar. Darier bezeichnet diese Verlaufsweise als die juvenile Form der Acanthosis nigricans. Er stellt als wahrscheinlichste Ursache die direkte Einwirkung auf den Sympathicus hin, entweder durch Carcinom, oder durch irgend einen gutartigen Tumor. Das Leiden ist weder durch innere noch durch äussere Mittel zu beeinflussen; ist ein maligner Tumor vorhanden, so ist die Prognose natürlich ungünstig. Spietschka hat indes einen Fall mitgeteilt, wo nach Totalexstirpation des Uterus wegen malignen Deciduoms innerhalb 4 Monaten sämtliche Symptome der Acanthosis nigricans zum Schwinden gebracht wurden.

Unter den Hypertrophien der Nägel ist ein Fall von **Onychogriphosis** bei einem 7jährigen Knaben zu erwähnen. Es bestand abnormes Längenwachstum des Nagels, wobei der die Fingerkuppe überragende Teil brüchig, verdickt und höckerig, sowie spiralig aufgerollt erschien. Eine lokale oder sonstige Ursache war nicht nachzuweisen. In weiteren 4 Fällen bestand ein ein oder mehrere Fingernägel betreffender mangels einer nachweisbaren Aetiologie als **Dystrophia unguium** zu bezeichnender degenerativer Zustand mit Brüchigkeit, Zerklüftung und schmutzigweisser Verfärbung der Nagelsubstanz,

wie er sich im Gefolge mannigfacher chronisch-entzündlicher Prozesse am Nagelbette (Syphilis, Ekzem, Lupus, Pemphigus u. dgl.) zu entwickeln vermag. Für solche ätiologisch unaufgeklärte Fälle kann nicht dringend genug die mikroskopische Untersuchung empfohlen werden, welche oft genug die Pilze des Herpes tonsurans nachweisen lässt; meist hatte gleichzeitig mit der beginnenden Nagelaffektion an Fingern und Händen Trichophytie der Haut bestanden, nach deren Abheilung erst allmählich die enorm chronische, vielleicht Jahre lang persistierende Nagelaffektion zur Entwicklung gelangte.

Die Therapie bestand hier wie bei der Onychogryphosis in Anwendung von Salizylseifenpflaster, einmal wurde auch Solutio Fowleri gegeben.

Von **Sclerodermа** gelangten 3 Fälle zur Beobachtung; 2 Männer, 1 Frau. Meist tritt Sclerodermа in den mittleren Lebensjahren auf, wie dies auch hier zutraf und vorzugsweise bei weiblichen Individuen, nach Kaposi's diesbezüglich besonders reicher Erfahrung im Verhältnis von 3:1.

Der erste Fall betraf einen 29jährigen Schmied mit einer ausgedehnten Sclerodermie, vorwiegend in der diffusen Form. An der gesamten rechten unteren Extremität war die Haut vom Darmbeinkamm bis zum Fusssohlenrande diffus und ziemlich gleichmässig verdichtet, schwer oder gar nicht faltbar, mattweiss und von zahlreichen gelbbraunen Pigmentsprenkelungen durchsetzt; hier und da schimmerten dilatierte Venen hindurch. An einzelnen Stellen, so gegen die Kniekehlen hin, erschien die Haut bereits verdünnt, pergamentartig und mit den unterliegenden Gebilden verlötet, also fast bereits im Stadium atrophicum. Am linken Beine fand sich ein sklerotischer Streifen, früher bandartig und scharf abgesetzt, seit der Behandlung jedoch (konsequente Massage, Dampfbäder und 80 Thyreoidtabletten) verschwommen, mehr weich und geschmeidig. Ueber

der rechten Tibiakante waren während der Beobachtung 2 neue überthalergrosse, blassbraun-glänzende sklerotische Plaques entstanden. Ausserdem zeigte derselbe Kranke einen generalisierten, weitaus die meisten Körperstellen betreffenden Haarausfall: vollständige Calvities, Mangel der Brauen und Wimpern sowie der Vibrissae. Der Kranke, welcher früher einen gut entwickelten Bart besessen, hatte nur an der Oberlippe und am Unterkiefer winzige Haarbüschel, die lebhaftes Längenwachstum zeigten, jedoch gegen früher bedeutend lichter gefärbt waren. Am Mons Veneris war noch Behaarung vorhanden, wies aber schüttere Stellen auf. Das Skrotum war völlig haarlos, ebenso die Haut der Extremitäten und des Stammes, woselbst nicht einmal Lanugobekleidung zu finden war. Nur in der Linea alba fanden sich einige, ganz isoliert stehende, lange Haare. Auch an den Grundphalangen der Finger, wo sonst dicht gedrängte Härchen zu stehen pflegen, waren die meisten ausgefallen. An den kahlen Stellen war auch deutlicher Pigmentschwund nachzuweisen.

Ein direkter, unmittelbarer Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheitsprozessen: Sclerodermia und Alopecia besteht wohl kaum oder etwa nur in dem Sinne, als allerdings von einzelnen Autoren für diese beiden ätiologisch dunklen Affektionen „eine vom Zentralnervensystem influenzierte trophische Störung als entfernte Ursache“ (Kaposi) angenommen wird. Die Monographie von Levin und Heller macht aus der Literatur ganz wenige Fälle von Sklerodermia namhaft, wobei es sich um cirkumskripten Haarausfall und anderweitige Veränderungen der Haare gehandelt hat.

Der Beginn des Haarausfalles bei unseren Kranken datierte seit 4½—5 Jahren und setzte ein am Kopfe unter dem Bilde der Area Celsi, die Sklerodermie begann 3 Jahre vorher. Bezüglich der Alopecia war namentlich mit Rücksicht auf das

nicht mehr so jugendliche Alter des Kranken eine Restitutio ad integrum mehr als zweifelhaft, obgleich Michelson Fälle zitiert, wo nach 16 und selbst nach 36 Jahren noch Heilung eintrat.

Der Kranke wurde von Rille in der k. k. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien am 31. Mai 1895 demonstriert.[1])

In der zweiten Beobachtung einer 27jähr. Kranken ohne Beruf bestand ein kindshandgrosser, scharf umschriebener, sehr derber alabasterweisser, an die knöcherne Unterlage stramm angezogener Herd von Sclerodermia circumscriptum (Morphaea) an der linken Jochbogengegend.

Der dritte Fall war ein 35jähr. Fleischhauergehilfe mit einem ovalären, etwa talergrossen scharf umschriebenen schmutzigweissen, mattglänzenden, etwas gerunzelten, rhombisch gefelderten und von Venektasien durchzogenen, eher verdünnt als infiltriert sich präsentierenden Krankheitsherde in der Rückengegend etwas unterhalb des Interscapularraumes; die Peripherie wurde durch eine etwa 2 mm breite braune Linie gebildet. Die Oberfläche zeigte eine ganz leichte Abschilferung. Verwachsung mit den tiefer liegenden Texturen bestand nicht.

Hier handelt es sich um eine noch wenig bekannte atypische Varietät von Sclerodermia, welche, wie es scheint, von einzelnen Autoren (Taylor u. a.) mit Unrecht als circumscripte idiopatische Hautatrophie aufgefasst erst durch Rusch[2]) eine richtige Deutung vom klinischen wie anatomischen Standpunkte erfahren hat.

---

[1]) Wiener klin. Wochenschrift 1905, Nr. 23.

[2]) Weitere Beitr. z. Kenntnis der idiopat. Hautatrophie; Sclerodermia und Hautatrophie. Habilitationsschrift. Aus der Klinik der Professoren Rille und Merk. Innsbruck 1895.

Die Therapie bestand auch hier in systematischer Massage, verbunden mit Einreibungen von Glycerin; im ersterem Falle wurde auch Natrium salicylicum gegeben.

Die Bezeichnung Elephantiasis ist ein Sammelname für verschiedene, klinisch wie ätiologisch differente Krankheitszustände. Auszuschliessen sind die angeborenen oder auf angeborener Grundlage sich entwickelnden Formen wie die **Elephantiasis congenita** (E. neuromatosa) und die dem Fibroma molluscum beizuzählende Lappenelephantiasis. Hier kommen nur erworbene pathologische Zustände in Betracht, wie sie auch als **Elephantiasis Arabum** oder **Pachydermie** bezeichnet werden und sich im Anschlusse an lokale Zirkulationsstörungen der Blut- und Lymphbahnen entwickeln. Die in den heissen Klimaten vorkommende Elephantiasis filariosa (E. lactiflua) interessiert uns hier nicht weiter, sondern bloss die (an keine geographischen Grenzen gebundene) als Elephantiasis nostras (Unna) oder Elephantiasis inflammatoria, am zweckmässigsten als **Elephantiasis vulgaris** (C. H. Fuchs, Rille) bezeichnete Hyperplasie des Haut- und Unterhautzellgewebes.

Es wurden 2 Frauen im Alter von 38 und 54 Jahren mit starker Varicenbildung der Unterschenkel beobachtet, ferner ein 49jähr. Mann mit Elephantiasis cruris infolge von Lupus vulgaris.

Eine seltene Coincidenz, die noch nicht genügendes Interesse gefunden hat, ist die von Adipositas universalis und Elephantiasis, welche bei einem 40jähr. Manne mit hochgradiger Fettsucht (Gewicht: 140 kg), Cor adiposum und Emphysema pulmorum vorlag. Rille ist der Meinung, dass die hierbei gelegentlich zustande kommenden elephantiastischen Hautveränderungen weniger durch die Fettgewebsentwicklung als durch gelegentliche Erysipel hervorgerufen werden dürften. Sie

zeigen, wie es auch in dem erwähnten poliklinischen Falle zutraf, insofern ein eigenartiges Bild als die pumphosenartig über die Malleolen herabhängende, mit warzigen Exkreszenzen bedeckte Haut noch eine gewisse Elastizität und teilweise Verschieblichkeit behalten hat.

Ein Fall von Lappenelephantiasis findet unter Fibroma molluscum seine Erwähnung.

Atrophiae.

Der symptomatischen Pigmentatrophien, speziell des Leukoderma, sind bei Psoriasis vulgaris und bei Syphilis Erwähnung getan. Als eine idiopathische Pigmentatrophie fand sich **Vitiligo** bei je zwei männlichen und weiblichen Individuen. Diese Anomalie, welche meist im Pubertätsalter oder jenseits desselben auftritt, zeichnet sich aus durch weisse, von oftmals dunkleren Rändern umsäumte konvex begrenzte Flecken. Bei der einen 34jährigen Kranken fanden sich sehr zahlreiche hellweisse münzengrosse Flecke an Vorderarmen, Hals, Rücken und Oberschenkeln neben dunkelbraun pigmentierter Haut. Diese Veränderungen sollten erst vor fünf Jahren aufgetreten sein, wobei die Haare angeblich dunkler geworden wären.

Die Atrophie der Haare fand sich unter dem Bilde des Effluvium capillitii, der Alopecia areata und der Trichoptilosis.

Effluvium capilliti wurde bei sechs Männern und neun Frauen beobachtet, sämtlich im Alter von 20 bis zu 38 Jahren — also vorzeitiger Haarausfall. In sechs Fällen bestand Seborrhoe (Alopecia pityrodes). Therapeutisch kamen Abreibungen mit leicht irritierenden Mitteln zur Anwendung, wie Salicyl-, Carbol-, oder in schwereren Fällen Sublimatalkohol.

Alopecia areata fand sich bei 29 Individuen, 23 männlichen und 6 weiblichen Geschlechtes. Die Krankheit scheint demnach das männliche Geschlecht stärker zu befallen; Block fand ein Verhältnis von 13:11. Bemerkenswert in einem Falle ist das Zusammentreffen mit Alopecia syphilitica. Die Prognose des Leidens ist dann nicht ungünstig, wenn der Beginn in die jugendlichen Jahre fällt.

Unter unseren Kranken war einer von neun Jahren, sechs im Alter von 11 bis 20, 10 von 21 bis 30, 9 von 31 bis 40, je einer von 48, 51 und 56 Jahren.

Zur Förderung des Haarwuchses wurde verwendet: Salicylspiritus (1 mal), Carbolspiritus (7 mal), 10%iger Pyrogallolspiritus (2 mal), Chinintanninpomade (1 mal), Anthrarobin-Tinktur (1 mal), Tinct. Veratri 10,0 : Spir. vin. dilat. 200,0 (1 mal) sowie 15 mal folgendes Oelgemisch: Ol. Macidis, Ol. Terebinth, Ol. Amygdal. $\overline{aa}$. 20,0. Erwähnenswert ist noch ein Fall von Alopecia areata und gleichzeitiger Dystrophia unguinum bei einem 23jährigen Schuhmacher. Vor einem halben Jahre hatte der Haarausfall an den Augenbrauen begonnen. Zur Zeit waren Stirn und Scheitel nahezu kahl; nur an Schläfe und Hinterkopf sassen zwischen kahlen Kreisen einige leicht ausziehbare Haarbüschel. Die Cilien waren besonders links am unteren Lide zur Hälfte ausgefallen. Die Brauen fehlten ganz, ebenso die Barthaare an Kinn und Oberlippe. Die Schamhaare waren stark gelichtet. Sämtliche Fingernägel waren stark rot, am freien Rande lamellös zerklüftet, blätterten an der Oberfläche ab und wiesen in toto vertikale Riefungen auf. — Auch ein Bruder des Kranken sollte an Haarausfall leiden.

Ein mit Sclerodermа kombinierter Fall von Alopecia totalis wurde bereits erwähnt.

Ebenso wie die Aetiologie des **Lupus erythematosus**

noch sehr umstritten wird, ist auch seine Stellung im System der Hautkrankheiten noch im Unklaren. Der Ausgang des primären Entzündungsprozesses in ein atrophisches Stadium berechtigt dazu, diese Dermatose hier einzureihen. — Unter unseren Fällen fanden sich fünf männlichen und acht weiblichen Geschlechtes — weibliche Personen bilden nach Kaposi zwei Drittel der Fälle — im Alter von 16 bis zu 45 Jahren. Vor dem 17. Lebensjahre tritt das Leiden nur selten auf. — Die Therapie bestand in Waschungen mit Seifenspiritus (nach Kaposi das wirksamste Mittel), in der Applikation verschiedener Pflaster (Ichthyol-, Pyrogallol-, Resorcin-, Salicylseifen- und Quecksilber-Pflaster) sowie Einreibungen mit weisser Präcipitatsalbe und Betupfen mit Carbolalkohol. Sehr befriedigende Resultate wurde mit 25% Anthrarobinpflaster erzielt.

Von **Atrophia cutis idiopathica** wurden zwei in Bezug auf Lokalisation und Configuration ziemlich analoge Fälle beobachtet. Der erste betraf eine 36jährige Näherin, welche am linken Ellenbogenhöcker, ferner an der Basis der drei mittleren Finger und am Handrücken — von hier übergreifend auf die Beugefläche des Handgelenks — je eine übertalergrosse, dunkellivid bis blaurot verfärbte Hautpartie aufwies. Die Flecken waren stärker gerunzelt, mässig, aber deutlich verdünnt, lagen völlig im Hautniveau und waren ohne Schuppen- und Knötchenbildung, auch bestand keinerlei Sensibilitätsstörung oder Parästhesie. An beiden Vorderarmen, namentlich aber am linken, waren stärker injizierte Venennetze. Angeblich sollte der linke Arm stets etwas kühler sein. Hyperidrosis bestand nicht, auch keine Verdauungs- oder Menstruationstörungen. Die Rötung am Ellenbogen sollte seit vier Jahren, die der anderen Stelle seit zwei Jahren bestehen. — v. Neumann bildet einen dieser Beobachtung ganz entsprechenden 1873 beobachteten Fall auf Tafel VII seines Atlas unter der Bezeichnung

„Erythema paralyticum“ ab; F. J. Pick berichtete über denselben Prozess 1894 auf der Wiener Naturforscherversammlung als über eine neue Hautkrankeit „Erythromelie“. In allen diesen Fällen war die Haut der affizierten Stellen stärker gegerunzelt und etwas verdünnt, allmählich bildete sich ein der sogenannten Hautatrophie analoger Zustand aus.

Der zweite hierher gehörige Fall betraf einen 58jährigen Beamten mit an der gleichen Stelle lokalisierten, doch etwas kleineren Krankheitsherden.

Diese beiden Beobachtungen sind insofern auch bemerkenswert, als sie für Rille die Veranlassung wurden, die von v. Neumann und besonders von F. J. Pick unter anderen Namen als gesonderte Hautaffektionen beschriebenen Krankheitsbilder als in den Rahmen der idiopathischen Hautatrophie gehörig zu bezeichnen, eine Auffassung, welche gegenwärtig fast allgemein akzeptiert ist.

Der ersterwähnte Fall wurde von Rille [1]) in der Dermatologischen Gesellschaft am 18. Mai 1898 in vivo und am Strassburger Dermatologen-Kongresse in Form der Moulage demonstriert.

Diagnostisch unklar war der Fall eines 49jährigen Mannes mit mehrfachen kreisrunden, halbkreuzergrossen, narbenähnlichen weisslichen Stellen von ausserordentlicher Dünnheit und Faltbarkeit. Solche fanden sich an der Beugefläche der Oberextremitäten und auch an den Oberschenkeln. Sie sollten sich nach Angabe des Kranken vollständig spontan entwickelt haben, zum grössten Teile schon seit vielen Jahren bestehen, hin und wieder auch neu auftreten. Vielleicht waren sie aber hervorgegangen aus der Involution kleiner lentikulärer und halberbsengrosser Geschwülste, die schmutziggelb oder braunrot

[1]) Vergl. Rusch, Beitr. z. Kenntnis d. idiopath. Hautatrophie. Archiv f. Dermat. u. Syph., 81. Bd.

gefärbt in geringer Zahl namentlich an den Unterextremitäten sich fanden. — Eine anatomische Untersuchung war nicht möglich, und aus dem klinischen Befunde liess sich keine bestimmte Diagnose stellen. Möglicherweise lag vor das von Darier als Pseudoxanthoma elasticum beschriebene Krankheitsbild.

Neoplasmata.

Unter den Bindegewebsgeschwülsten fand sich zunächst je ein Fall von wahrem Keloid und von Narbenkeloid.

Bei einem 50 Jahre alten Tapezierer bastand seit 15 Jahren ein echtes **Keloid** in der Sternalgegend. Es war quergestellt, besass keine der oft beobachteten strahligen, krebsscherenartigen Ausläufer und mass 4 cm in der Länge, je 0,5 cm in der Breite und Höhe. Angeblich sollte es entstanden sein durch Druck an einen Messingknopf. Es wurde mehr aus explorativen Gründen die Exstirpation vorgenommen, worauf nach 2 Monaten ein Recidiv entstand.

Ein ungewöhnlich ausgedehntes und massiges **Narbenkeloid** wurde bei einer 15jährigen Schauspielerin beobachtet; es war infolge einer Benzinexplosion, die 10 Monate vorher stattgefunden hatte, entstanden. Vom Kinn zog sich bis zur einen Ohrmuschel über die gesamte Wangenfläche längs des Unterkiefers hin eine derbe, 1—2 cm hohe elevierte, zerklüftete keloide Narbe.

Die Unterscheidung des wahren Keloids vom Narbenkeloid und von der hypertrophischen Narbe ist nicht allein durch die mikroskopische Untersuchung sondern auch von klinischen Standpunkte möglich. Im echten Keloid finden wir die Geschwulstmasse — bestehend aus meist horizontal verlaufenden,

[1]) Der Fall wurde am 19. April 1898 in der Wiener derm. Gesellschaft demonstriert.

dichten Faserbündeln mit nur wenig kernhaltigen Spindelzellen um die Gefässe herum, die nur etwas reichlicher in den jüngeren Partien werden — derart in das Corium eingeschaltet, dass über unter ihr noch normale Coriumschichten sich befinden und dass vor allem Papillen und Retezapfen völlig erhalten sind. In der hypertrophischen Narbe dagegen ist keine einzige Papille erhalten und die Bindegewebsfasern sind viel lockerer und unregelmässiger gefügt. Endlich im Narbenkeloid findet sich um die zentrale Narbe herum das dichte Geflecht des Keloides.

Das wahre Keloid entsteht entweder ganz spontan, mitunter aber wie es scheint, auch infolge von Verletzungen, die aber nur so oberflächlich zu sein brauchen, dass sie zu keiner Narbenbildung führen, oder wenn sie tiefer gehen, doch von ganz geringem Umfang sind, während das daraus resultierende Keloid den Substanzverlust weit überragt.

Fibroma molluscum wurde bei 2 Patienten gefunden. Beim ersten, einem 57 Jahre alten Hausbesorger, fanden sich am Stamme, an den oberen Extremitäten bis zum Handgelenk und an den unteren bis zur Mitte der Unterschenkel, und zwar derart, dass die Streckflächen weniger befallen waren als die Beugen, im übrigen dichtest gedrängte stecknadelkopf- bis hirsekorngrosse, mehr minder halbkugelig vorgewölbte Geschwülstchen. Dieselben hatten teils die Farbe normaler Haut aber erhöhten Glanz, teils waren sie bräunlich, teils livid verfärbt, nicht entzündet, hie und da halbdurchschimmernd. Ferner fanden sich erbsen- bis bohnengrosse, mehr als halbkugelig prominierende, molluscumartig aufsitzende, gelblichrote, an der Oberfläche bald von gespannter glatter Haut überzogene und von ektatischen Gefässen durchzogene, halbdurchschimmernde, bald von mehr gerunzelter Haut bedeckte, nicht durchscheinende, mehr welk sich anfühlende Geschwülste. Endlich bestanden drittens noch bohnen- bis wallnussgrosse, teils im kutanen, teils

im subkutanen Gewebe sitzende, an der Kuppe mit der Haut verwachsene Geschwülste, die am Gipfel hier und da eine Talgdrüse trugen, aus der sich ein milchweisser Pfropf ausdrücken liess. Letztere Geschwülste zeigten in der Tiefe eine weich-elastische Konsistenz wie ein Lipom, an der Kuppe hatten sie eine weiche, nachgiebige Beschaffenheit und liessen sich gegen die Tiefe zu handschuhfingerförmig einstülpen. Am Grunde dieser Einstülpung fand dann der tastende Finger einen aus hirsekorngrossen Knötchen zusammengesetzten Körper. Die Farbe war an der Kuppe eine bläulich-durchschimmernde und erinnerte fast an eine mit halbflüssiger Gelatine erfüllte, durch die verdünnte Haut durchschimmernde Höhle; an der Basis hatten sie normale Hautfarbe. Ebendieselben Geschwülste, nur viel kleiner, waren am Halse. Auf der Haut des behaarten Kopfes sassen haselnussgrosse, im subkutanen Gewebe sitzende, mit der Haut verwachsene, schlappe, Pseudofluktuation zeigende Geschwülste, über denen die Haut nicht verdünnt war.

Ausserdem bestand bei dem Patienten eine rechtsseitige Cataracta polaris posterior, Opacitas corporis vitrei und hochgradige Myopie.

Der zweite Fall betraf einen 33jährigen Mann, bei welchem neben der linken Brustwarze gegen die Achselhöhle hin eine schlaffe beutelartige, braungefärbte fast handtellergrosse Geschwulst sich fand, welche man leicht für eine supernumeräre Brustwarze hätte halten können (Lappenelephantiasis, Naevus lipomatodes). Ausserdem bestanden an den verschiedensten Körperstellen multiple, cysticerkenähnliche, nirgends über das Hautniveau hervortretende Geschwülstchen; für die Deutung derselben als Fibrome sprach einerseits ihre Weichheit, während Cysticerken knorpelharte Consistenz[1]) zeigen, und

[1]) Kaposi gibt mit Unrecht an, dass diese Geschwülste weich seien.

andererseits die Existenz von zahlreichen lentigoartigen und viel grösseren Pigmentmälern, ein wie bekannt bei Fibroma molluscum sehr gewöhnlicher Befund, welcher indes in unserer ersterwähnten Beobachtung nicht zu konstatieren war. Rille hat auch einen Fall demonstriert, wo die Pigmentierung ausschliesslich die Geschwülste selbst betraf und die umgebende Haut normal weiss erschien.

Ein faustgrosses **Lipom** der Sakralgegend fand sich bei einer 54jährigen Seidenarbeiterin.

Angiome in Form mehr minder grosser schwammiger Knoten wurden bei 4 kleinen Mädchen von 7 Wochen, 3 und 7 Monaten und 4 Jahren beobachtet, wie überhaupt hierbei das weibliche Geschlecht stärker beteiligt zu sein pflegt. Affiziert waren einmal der Nasenrücken, einmal die Unterlippe, im dritten Fall waren die Geschwülste in multipler Zahl 8 Tage post partum aufgetreten. Die Entfernung wurde mit dem Thermokauter vorgenommen.

Naevi vasculosi fanden sich ausserdem bei 2 Mädchen von 9 und 14 Jahren sowie bei einem 25jährigen Manne.

Lymphangiom bestand bei einem 26jährigen Kommis an der Schleimhautfläche der Unterlippe in Form einer haselnussgrossen, kugeligen, bläulichweissen, elastischen, nicht ganz verschieblichen Cyste. Die Therapie bestand in Incision.

Das **Molluscum contagiosum,** wird von Hebra und Kaposi mit Unrecht unter den Sekretionsanomalien abgehandelt; andererseits ist die Uebertragbarkeit dieser Affektion klinisch-praktisch wie experimentell sichergestellt. Mollusca fanden sich 6mal bei männlichen und 3mal bei weiblichen Individuen, vom 2. bis zum 27. Lebensjahre. Bei 2 Kindern, Geschwistern von 2 und 5 Jahren war die Annahme der Kontagiosität sehr naheliegend. Die Therapie bestand in Resorcinpaste oder Ausquetschen mit der Pinzette, was das weitaus beste Verfahren ist.

Condylomata acuminata waren bei 15 männlichen und 3 weiblichen Individuen vorhanden. In einem Falle fanden sich die Geschwülste übrigens bei einer Mutter und ihrer 12jährigen Tochter. Die Entfernung erfolgte 7 mal durch Abkratzen mit dem scharfen Löffel, 8 mal durch Auftragen von Resorcinpaste (Resorcin, Vaselin aa 5,0).

Ein anscheinend primäres **Sarcoma cutis** kam bei einem 71jährigen Manne zur Beobachtung. Am linken unteren Augenhöhlenrande sass ein nussgrosser, dunkelroter derber Knoten; er war von dilatierten Gefässen durchzogen, an der Oberfläche etwas höckerig und bestand seit 2 Jahren; keine Drüsenschwellung. Die Therapie bestand in Injektionen von kakodylsaurem Natrium.

Unter 6 Fällen von **Carcinom** befanden sich 4 von sogenanntem flachen Hautkrebs (Ulcus rodens). Es waren damit behaftet 3 Frauen von 30, 33 und 47 Jahren; sowie ein Mann von 60 Jahren. Bei dem letzteren sass die Affektion in der linken Temporalgegend, bei einer der Frauen bestand ein linsengrosses Recidiv eines vor 3 Monaten kauterisierten Epithelioms am linken Nasenflügel. Die Therapie bestand in Thermo-Kauterisation; in einem Falle wurde graues Pflaster aufgelegt.

Ferner wurde beobachtet Carcinom der Zunge bei einem 45jährigen Commis und eins an der Schleimhaut der Unterlippe bei einem 62jährigen Bäcker.

B. Venerische Krankheiten.

Die venerischen Affektionen nehmen, mit 612 Fällen = 24,5 % der Gesamtzahl der Kranken, die erste Stelle ein.

Syphilis.

Die Syphilis ist mit 259 Fällen = 10,4 % der Gesamtfrequenz vertreten. Ueber ihre Erscheinungsformen in den verschiedenen Stadien gibt folgende Tabelle Aufschluss.

	Männer	Frauen	zusammen
Gesamtzahl der Syphiliskranken .	202	57	259
Primäraffekte	60	4	64
Makulöses Exanthem, 1. Erupt.	8	1	9
Makulo-papulöses „ „	8	2	10
Papulöses „ „	10	3	13
„ Exanthem, 2. Erupt. (gruppiert)	4	—	4
Gruppierte Roseola	36	9	45
Lichen syphiliticus	2	2	4
Pustulöses Syphilid	2	1	3
Papeln am Genitale	28	15	43
Papeln in Mund und Rachen .	62	13	75
Papeln am After	11	3	14
Psoriasis palmaris et plantaris	12	5	17

	Männer	Frauen	zusammen
Leukoderma syphilit. . . .	4	10	14
Onychia syphilitica	1	—	1
Roseola circinata tardiva . .	2	—	2
Gummata cutanea	32	13	45
Gummata pharyngis	6	1	7
Iritis syphilitica	1	1	2
Ostitis und Periostitis . . .	3	3	6
Cephalalgia syphilitica . . .	1	—	1
Orchitis syphilitica	3	—	3
Leucoplakia oris	3	—	3
Ozaena syphilitica	—	1	1
Syphilit. Halsdrüsenvereiterung	1	—	1
Strictura recti syphilitica . .	—	1	1
Syphilis cerebri	1	—	1
Syphilis medullae spinalis . .	—	1	1
Syphilis, derzeit ohne Symptome	11	3	14

Die syphilitischen Primäraffekte waren nach der Häufigkeit ihres Vorkommens geordnet, an folgenden Körperstellen lokalisiert:

a) Genitale Primäraffekte:

Sulcus coronarius	13
Lamina interna praeputii	12
Lamina interna praeputii und sulcus coronarius	10
Frenulum	10
Glans	6
Lamina externa praeputii	5
Penishaut	5
Margo praeputii	3
Orificium urethrae	2

Orificium urethrae und sulcus coronarius . .	1
Peniswurzel	1
Sulcus coronarius und frenulum	1
Sulcus coronarius und glans	1
Scrotum	1
Portio vaginalis	1
Labium minus	1

b) Extragenitale Primäraffekte.

Oberlippe	2
Unterlippe	1
Ohrläppchen	1 (?)
Tonsille	1

Primäre Syphilis.

Diese Zahlen sind zu klein, um irgend welche Schlüsse aus ihnen abzuleiten; sie stimmen aber im allgemeinen mit jenen, welche in grösseren derartigen Statistiken niedergelegt sind, auch was das Zahlenverhältnis der extragenitalen gegenüber den genitalen Schankern betrifft. Neumann[1]) gibt als Hauptlokalisationen an: Lamina interna und Sulcus coronarius, sodann folgen in grossem Abstand: Margo praeputii, Frenulum, Lamina externa usw. Am häufigsten sind der Sulcus coronarius samt dem frenulum und die lamina interna praeputii befallen, am seltensten die Peniswurzel und das Skrotum. Die extragenitalen Schanker finden sich bei uns in etwa 6 % der Fälle. Am häufigsten sind nach Fournier die Initialaffekte im Bereiche des Gesichtes und Kopfes, welche er unter 1124 extragenitalen Sklerosen überhaupt 849 mal antraf; am seltensten die Localisation am Capillitium, wovon er

[1]) Syphilis, Wien 1899.

blos 2 Fälle gesehen hat. An erster Stelle findet er die Mundlippen, dann die Zunge und ferner die Tonsillen beteiligt. Einige der interessantesten Fälle dieser Art sollen weiter unten ausführlicher beschrieben werden.

Secundäre Syphilis.

Was die syphilitischen Exantheme erster Eruption (Initialexantheme) anlangt, so überwiegen bei weitem die Roseola, das papulöse Syphilid und deren Kombination, das makulopapulöse Exanthem. Als restierendes Dokument fand sich Leukoderma syphiliticum in 14 Fällen, 4 mal bei Männern und 10 mal bei Frauen. Diese weitaus grössere Frequenz beim weiblichen Geschlechte ist eine längst feststehende Erfahrung. Ein Fall von generalisiertem Leukoderma soll weiter unten beschrieben werden. Unter den zur Beobachtung gelangten Rezidiv-Exanthemen seien erwähnt 4 Fälle von Lichen syphiliticus, 3 von gruppiertem pustulösen Syphilid und 2 von Roseola circinata; am häufigsten wurde die gruppierte Roseola vorgefunden.

Als häufigste Manifestationsweise sekundärer Syphilis wurden Papeln am Genitale und an der Mund- und Rachenschleimhaut beobachtet (43 und 75), Formen die wegen ihrer Contagiosität und wegen ihrer häufigen Rezidive von erhöhter praktischer Bedeutung sind.

Tertiäre Syphilis.

Das Alter der mit tertiären Erscheinungen Behafteten schwankte zwischen 25 und 65 Jahren, ein Drittel davon stand im 30. bis 40. Lebensjahre. Unter 52 der von uns beobachteten Fälle war nur bei 19 die Krankheitsdauer seit der Infektion anamnestisch zu ermitteln und wieder nur bei einem Teile derselben war eine antiluetische Kur vorausgegangen.

	Krankheits-dauer	Bisherige Behandlung	Derzeitige Symptome
I.	$^1/_2$ Jahr	4 Schmiertouren 24 Injektionen Sublimatbäder Decoct. Zittmanni	Gummata cutanea et subcutanea exulcerata, gummata submucosae
II.	$^3/_4$ Jahr	10 Injektionen 10 Inunktionen	Gummata cutanea, gummata ad arcum glosso-palatinum
III.	2 Jahre	74 Inunktionen Decoct. Zittmanni Jodkali	Gummata cutanea et subcutanea, g. capillitii, palati duri, pharyngis, Perforatio septi narium cartilag. et palati duri
IV.	3 Jahre	37 Inunktionen 3 Injektionen	Gummata ad anum Psoriasis mucosae oris
V.	3—4 Jahre	45 Injektionen	Gummata cutanea capillitii
VI.	4 Jahre		Gummata cutanea
VII.	4 Jahre	3 Injektionen	Gummata ad capillitium et ad nates
VIII.	4 Jahre	24 Inunktionen	Gummata cutanea cruris

	Krankheits-dauer	Bisherige Behandlung	Derzeitige Symptome
IX.	6 Jahre	Schmierkur	Gummata subcutanea cruris
X.	8 Jahre	Inunktionen	Gummata in regione frontali
XI.	9 Jahre	—	Gummata cutanea cruris exulcerata
XII.	10 Jahre	20 Injektionen	Gummata subcutanea ad nates
XIII.	13 Jahre	—	Gummata cutanea capillitii
XIV.	15 Jahre	—	Gummata cutanea exulcerata
XV.	20 Jahre	—	Gummata ad scrotum
XVI.	20 Jahre	—	Gummata cutanea
XVII.	20 Jahre	Inunktionen	Gummata cutanea
XVIII.	28 Jahre	—	Gummata cutanea ad scrotum
XIX.	30 Jahre	—	Gummata ad mentum et ad labium oris sup.

Bemerkenswert ist es auch, dass gerade jene Kranken, bei welchen sich tertiäre Erscheinungen nach viele Jahren post infectionem zeigten, niemals spezifisch behandelt worden waren.

Soweit sich Angaben über die Lokalisation der Hautgummata vorfinden, hatte sie ihren Sitz an folgenden Körperpartien: in verschiedenen Regionen des Gesichtes 9, am behaarten Kopfe 7, am Unterschenkel 5, am After und Genitale 3, an den Nates 2 Fälle, am Rücken und Nacken je 1 Fall.

Erwähnt seien zwei Fälle von Tabis dorsalis, welche sehr wohl die Anschauung von der metasyphilitischen (Fournier, Erb) Natur derselben stützen können. In dem einen Falle hatte vor 5 Jahren eine spezifische Infektion stattgefunden, in dem anderen waren Gummata cutanea zu beobachten.

Therapie der Syphilis. Die Primäraffekte wurden im Stadium der Exulceration mit Karbolwasser ($^1/_2$ %) in 16 Fällen, mit Emplastrum hydrargyri in 10 und mit Jodoform, Xeroform, Aristol, Calomel und liquor Burowi in je 1 Fall behandelt; später wurde, besonders bei längerem Bestande von Induration, graues Pflaster zu gleichen Teilen mit Seifenpflaster aufgelegt, welche Kombination erhöhte Klebekraft besitzt. Von allen antiseptischen Streupulvern geben wir dem Jodoform in der Wundbehandlung unbedingt den Vorzug. In der poliklinischen Praxis musste jedoch des Geruchs wegen meist zu den Ersatzmitteln gegriffen werden. Unter diesen scheint uns das Aristol (Dithymoldijodid) obenan zu stehen.

Während der Sekundärperiode wurden in 37 Fällen Injektionen mit 2%igem Sublimat in 2—3tägigen Intervallen gemacht. Diese zwischen der ursprünglichen Methode von Lewin (1867) und der von v. Lukasiewicz mit hochprocentuierten Lösungen in der Mitte stehende Applikationsweise ist für die poliklinische Praxis recht empfehlenswert, weil

die Kranken nicht allzu oft zur Behandlung erscheinen brauchen und weil dennoch die Injektionen kaum je mit erheblichen Schmerzen verknüpft sind. In vereinzelten Fällen wurden Quecksilber innerlich gegeben in Form von Sublimat oder als Protojoduretquecksilber. Bei Psoriasis palmaris und plantaris wurde Sublimatkollodium oder graues Pflaster verwendet. Papeln am After und Genitale wurden mit Quecksilberpflaster und Calomelstreupuder (3:30 Amylum) behandelt, Papeln im Munde mit dem Lapisstifte geätzt. Dabei wurde für eine energische Mundpflege eifrig Sorge getragen, vor allem durch Kal. chloric., oder Bepinseln des Zahnfleisches mit Tinct. Ratanh., Tinct. Gallar. $\overline{aa}$. Nur in einem einzigen Falle wurde Merkurialstomatitis beobachtet. Bei Cephalalgia luetica und schmerzhaften Affektionen, wie Periostitis tibiae, wurden meist Pulver folgender Zusammensetzung verordnet: Kal. jodat. 1,0, Chinin. sulfur. 0,2, Phenacetin. 0,3; gelegentlich auch Jodopyrin. Gegen den spezifischen Haarausfall wurde Sublimatspiritus angewendet, gegen Orchitis luetica Unguentum plumbi jodati 3,0:30,0.

Das souveräne Mittel in der Tertiärperiode bildete das Jodkalium. Gummata exulcerata wurden teils mit weisser Präzipitatsalbe, teils mit Emplastr. hydrarg. behandelt. Gegen Ostitis und Periostitis luetica wurden Einpinselungen vorgenommen mit: Jod. pur. 0,5, Kal. jodat. 5,0, Glycerin. ad. 30,0.

Ausführlichere Mitteilung verdienen die nachfolgenden Syphilisfälle:

1. Ein Fall von zwei syphilitischen Primäraffekten an der Unterlippe. 26jähr. Kellner. Am Lippenrot, etwas etwas links von der Medianlinie, 2 linsengrosse, kreisrunde, scharf umschriebene, das Hautniveau etwas überragende Substanz-

verluste. Die Basis deutlich derb, rotbraun glänzend, reichlich seröse Flüssigkeit absondernd und im Zentrum mit einem weisslich-gelben, fest anhaftenden Belag versehen. Die Drüsen am Unterkieferwinkel leicht vergrössert.

Die Affektion bestand seit etwa 8 Tagen, die Krankheitsdauer seit der Infektion ist demnach auf 4 Wochen zu schätzen.

Bemerkenswert ist zunächst die Kleinheit der Primäraffekte. Da extragenitale Sklerosen gewöhnlich erst nach längerem Bestande zur Beobachtung gelangen, so bekommt man in der Regel viel voluminösere Knoten zu sehen. Auch sind die konkomitierenden Drüsenschwellungen meist so beträchtlich, dass die Unterkieferwinkelgegend vorgetrieben und das Gesicht geradezu verbreitert erscheint. Hier war schon wegen der ganz rezenten Erkrankung die Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen eben erst angedeutet. Rille hatte bis dahin unter 24 Fällen von Lippensklerose 3mal die Lymphdrüsen nicht grösser als haselnussgross, in einem Falle sogar überhaupt nicht geschwollen gefunden.

Besonders hervorzuheben ist noch das Vorhandensein von zwei Primäraffekten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle trifft man den Initialaffekt an der Lippe in der Einzahl. Unter den Fällen von Rille befand sich bisher keiner mit multiplen Sklerosen an derselben Mundlippe. Auch Fournier verzeichnet unter 243 Fällen von Lippenschankern nur 12 Fälle von mehr als einem primären Geschwüre, und zwar beobachtete er 2 Sklerosen 10mal, 3 und 4 Sklerosen je einmal. Bekannt ist, dass die Unterlippe viel öfter befallen wird als die Oberlippe, nach Fournier doppelt so häufig. Ebenso war in den von Rille beobachteten Fällen 7mal die Oberlippe, 16mal die Unterlippe und einmal der Mundwinkel Sitz einer Sklerose.

Die Diagnose war bei dem typischen Aussehen der Ge-

schwüre kaum zu bezweifeln. Wegen der Lokalisation am Lippenrot konnte man Papeln ausschliessen, da diese eher an der Schleimhaut vorkommen, während Erythema und Herpes iris dagegen in erster Linie das Lippenrot bevorzugen. Für eine ältere Syphiliserkrankung bestanden wiederum keinerlei Anhaltspunkte, und daher war auch Sklerosenrezidiv, welches ähnlich aussehen kann, auszuschliessen.

Uebrigens trat innerhalb 4 bis 5 Wochen, zunächst seitlich am Thorax, ein über Stamm und Extremitäten verbreitetes makulopapulöses Syphilid auf, welches sich unter 2 % gen Sublimatinjektionen, ebenso wie die Primäraffekte zurückbildete. Auch später im Laufe des Jahres stand P. mit häufig rezidivierenden Papeln der Mund- und Rachenschleimhaut in poliklinischer Behandlung.

2. Zimmermaler, 37 Jahre. Sclerosis ad labium oris inferius, Roseola anulata, Papulae ad genitale et ad anum, Psoriasis palmaris. Die Schleimhaut der Unterlippe zeigte in ihrer rechten Hälfte vom Lippenrot bis zum Zahnfleisch reichend eine länglich-runde, zart überhäutete, rotbraun glänzende, infiltrierte Partie mit bläulich-weissen Ueberhäutungsstellen. An der Oberlippe und am rechten Mundwinkel fanden sich erodierte hanfkorngrosse Papeln. Am Unterkieferwinkel rechts sass eine mehr als hühnereigrosse sehr harte, schmerzlose Lymphdrüse, welche die Haut beträchtlich vorwölbte. Die Drüsen am Halse links waren doppelbohnengross, die Mastoidealdrüsen rechts überhaselnussgross. Am Penis und Skrotum fanden sich dichtgedrängte linsengrosse zerfallende Papeln, konfluierte wuchernde Papeln am After. Der Stamm war besetzt mit dichtgedrängten, gruppierten Roseolaflecken, die zum Teile leicht eleviert waren. Die Krankheitsdauer seit der Infektion betrug 4 bis 5 Monate.

Therapie: 2%ige Sublimatinjektionen. Labarracque'scher Verband am Genitale und After.

3. Wäscherin, 38 Jahre. Sclerosis ad tonsillam sinistr. Exanth. maculo-papulos., Papulae ad lab. minora. Krankheitsdauer seit der Infektion 4 Monate.

Die linke Gaumentonsille war beträchtlich vergrössert, dunkel gerötet, ihre Krypten erweitert und klaffend; dazwischen fand sich eine flache exulcerierte Partie von Halbkreuzergrösse, welche einen weisslich-gelben Belag zeigte. Der vordere Gaumenbogen derselben Seite war infiltriert, scharf hervorspringend, dunkel gerötet und am freien Rande zackig und eingekerbt. Am Unterkieferwinkel fanden sich multiple wallnussgrosse Drüsen, die linkerseits etwas schmerzempfindlich waren. Am Stamme und den Extremitäten waren disseminierte linsengrosse, teils im Hautniveau liegende rostfarbige, teils über das Hautniveau hervortretende braunrote mattglänzende Efflores-zenzen. Die Cubitaldrüsen halbhaselnussgross. An der Innenfläche der kleinen Labien fanden sich linsengrosse, braunrot glänzende, zum Teil weisslich-gelb belegte Substanzverluste. Die Inguinaldrüsen doppelbohnengross.

Therapie: 2prozentige Sublimatinjektionen, Bepinseln mit Argentum nitrium.

4. Gärtnerstochter, 18 Monate. Sclerosis ad lobulum auriculae sinistr., Condylomata lata ad labia majora, Exant. papulosum.

Am linken Ohrläppchen sass ein erbsengrosser braunroter, mässig derber, mit dünnen Schuppenkrusten bedeckter Knoten, der vollkommen schmerzlos war. Die Drüsen am Unterkieferwinkel fast wallnussgross, auch die Nuchal- und Mastoidealdrüsen deutlich tastbar. An der Stirne, der behaarten Kopfhaut, den inneren Schenkelflächen und der Lumbalgegend schmutzig-rotbraune, linsengrosse, über das Hautniveau elevierte Effloreszenzen. Am Mundwinkel fanden sich diphthe-

roid belegte nässende Papeln, an den grossen Labien sowie in der Afterkerbe elevierte fleischrote, mit diphtheroiden Punkten besetzte Papeln.

Ob der Knoten am Ohrläppchen den Primäraeffekt vorstellte, ist allerdings nicht mit voller Sicherheit zu behaupten, jedoch sehr wahrscheinlich mit Rücksicht auf die noch immer vorhandene leichte Derbheit und die Intumeszenz der zugehörigen Lymphdrüsen. Ueberdies sind Primäraffekte im Bereiche des Ohres eine grosse Seltenheit. Fournier hat nur 5 Fälle gesehen, welche von seinen Schülern Hulot, Hermet, Perin und Lavergne veröffentlicht wurden. In aetiologischer Beziehung werden namhaft gemacht Kuss, Biss, sowie andere zufällige Uebertragungsweisen, z. B. in dem Falle von Righter, wo die Applikation eines Englischen Pflasters auf eine Brandwunde des Ohrläppchens, befeuchtet mit dem Speichel eines Syphilitischen, die Entwicklung einer Sklerose am Ohr zur Folge hatte. Auch das gemeiniglich von Goldarbeitern und Barbieren geübte Ohrenstechen bildete in einem Falle die Eingangspforte für das syphilitische Virus.

In unserem Falle hatte es den Anschein, gleichfalls diesen Entstehungsmodus annehmen zu können, da 6 Monate vorher an dem Kinde diese kleine Operation vorgenommen worden war, nach Angabe der Eltern etwa 14 Tage darauf an der Stichstelle ein Knoten entstand und die Drüsen am Halse um dieselbe Zeit noch mehr angeschwollen gewesen sein sollten. Vielleicht aber gegen diese Annahme liesse sich anführen, dass das Dienstmädchen, welche das Kind beaufsichtigte, gleichfalls Zeichen von Syphilis darbot: am freien Rande des rechten kleinen Labiums eine stecknadelkopfgrosse erodierte Papel, ferner eine wuchernde Rhagade am rechten Mundwinkel, Infiltration und Rötung des linken vorderen Gaumenbogens mit Einkerbung seines freien Randes, sonst aber keine namhafte

Drüsenschwellung, kein Primäraffekt, keine Exanthem, kein Leukoderma, sodass eine absolut genaue Bestimmung des Alters der Syphilis auf Grund des objektiven Befundes nicht möglich war.

Was das Kind anbetrifft, so ist es aber jedenfalls zweifellos, mit Rücksicht auf sein Alter, auf das Vorhandensein von breiten Coedylomen am Genitale, und am After und namentlich das Aussehen der letzteren, dass es sich um eine acquirirte und nicht etwa um eine hereditäre Syphilis handelte, wenngleich sich auch bei hereditärer Syphilis nässende Papeln finden, jedoch noch nicht vor dem 6. Lebensjahre beobachtet worden sind.

Sehr bemerkenswert ist endlich, dass sich bei diesem Kinde ein nahezu universelles Leucoderma syphiliticum nach Abheilen des Exanthems auf der mässig braun pigmentirten Körperhaut entwickelt hat. Leukoderma im kindlichen Alter ist jedenfalls kein häufiger Befund; so erwähnt beispielsweise Neisser nur 2 Fälle. Ob es auch bei hereditärer Syphilis vorkommt, darüber fehlt es bisher noch an Angaben.

5. Stud. jur., 23 Jahre. Syphilis maligna praecox; Ulcera syph. ad genitale et ad conjunctivam.

An der Schleimhautfläche des linken oberen Augenlides befand sich ein überhalbkreuzergrosses, vertieftes, dicht graugelb belegtes Geschwür mit infiltrirten zackigen Rändern; die Lidhaut darüber war geschwollen, dunkellivide verfärbt. Nur geringe subjektive Erscheinungen. Beginn vor 4 Wochen. An einen Primäraffekt war wegen des Aussehens des Geschwüres nicht zu denken, auch fehlt die regionäre Drüsenschwellung, und endlich sind Sklerosen für gewöhnlich an den Augenwinkeln, dem Lidrande und eventuell an der conjunctiva bulbi lokalisiert, aber nur äusserst selten an der Bindehaut des oberen Augenlides.

Zwei ähnlich beschaffene, scharf umschriebene, kreisrunde

Geschwüre befanden sich links an der Stirnhaargrenze. Ein 4-Kreuzer-grosses Geschwür am äusseren Präputialblatte hatte wegen seiner derben Basis schon eher Aehnlichkeit mit einem Primäraffekte, doch war auch dieses ein ulceröses Syphilid, nachdem die Infektion erst vor dreiviertel Jahr erfolgt und der Kranke im August 1897 in Bukarest wegen Sklerose und Exanthem mit Quecksilberpillen behandelt worden war. Dagegen war aber noch an der Glans die sehr ausgedehnte Narbe des Primäraffektes nachweisbar, welcher sehr gross und stark geschwürig vertieft gewesen war und die Tarnowsky'sche Ansicht von der Abhängigkeit der späteren Exantheme, resp. der Malignität derselben, von der Beschaffenheit des primären Geschwüres wie in so manchem anderen Falle, so auch hier zu stützen scheint.

Gummen der Konjunktiva sind nicht gerade ein häufiger Befund, obschon sich in der Literatur gegen 30 Fälle erwähnt finden, zum Teil jedoch sehr wenig präzis definierte Infiltratbildungen der Bulbusbindehaut. Kaposi erwähnt einen Fall, wo am oberen und unteren Augenlide je ein Gumma vorhanden war, Salzmann einen mit Gummabildung an beiden Augen gleichzeitig. Rille erwähnt 3 Fälle: 2 anämische weibliche Kranke mit Geschwüren am oberen Augenlide und Syphilis in der Dauer von 5 Jahren, ferner einen Mann mit Syphilis praecox, wo das Geschwür jedoch vom Lidrande auf die Bindehaut übergegriffen hatte.

Ferner hatte Patient noch an beiden Tonsillen und Gaumenbögen bis zur Zungenbasis reichend, dann ferner an der hinteren Pharynxwand und an der Schleimhautfläche der Unterlippe mehrfache grössere und vertiefte Geschwüre, von denen namentlich die an der Tonsille einen speckigen gelben, dichten Eiterbelag aufwiesen. Ein fast kreuzergrosses Geschwür, 2 bis 4 mm tief, kraterförmig und steilrandig, von intensiver Schmerzhaftigkeit, fand sich endlich an der behaarten Kopfhaut.

Therapie: Durch 4 Wochen Aussetzen jedweder Merkurialbehandlung ; konsequente Lapisätzung der Haut- und Schleimhautgeschwüre, innerlich Decoct. Zittmanni mit. und fort., je 250 g pro die. Hierauf ebensolange Sublimatbäder (10 g pro balneo). Auf diese Weise erfolgte Vernarbung sämtlicher Ulcerationen, Besserung des Allgemeinbefindens.

6. Buchhalter, 26. Jahre. Beginn der Behandlung am 4 August 1898. Syphilis maligna praecox. Exanthema papulo-pustulosum (Variola syphilitica); Ulcera syph. ad cutem et ad mucosam oris et pharyngis. Primäraffekt im März 1898, im April 24 Injektionen mit 2%igem Sublimat und 25 Einreibungen.

An verschiedenen Stellen des Stammes und der Extremitäten fanden sich übererbsengrosse, knotenartige elevierte Efloreszenzen mit infiltrierter, lebhaft geröteter, mehr allmählich in die gesunde Haut übergehender Peripherie und zentraler Pustel oder aus letzterer entstandenem Geschwüre. Solche Geschwüre fanden sich namentlich von Linsen- bis zu Kreuzergrösse variierend am Rücken und an den Vorderarmen, grauweiss belegt, mit drüsig-unebener Basis und scharf abgesetzten infiltrierten Rändern sowie bedeutender Schmerzhaftigkeit.

Im November desselben Jahres traten neuerdings Schleimhautgeschwüre auf.

7. Anstreicher, 20 Jahre. Sklerosis init. ad labium oris superius. An der Oberlippe, rechts von der Medianlinie, fand sich ein überhaselnussgrosser derber Knoten mit 3 mm breitem braunroten peripheren Infiltrat. Im Zentrum des Knotens sass ein halbkreuzergrosses Geschwür, von dunkelbrauner Kruste bedeckt. Am Unterkieferwinkel rechts war ein faustgrosses Drüsenpaket, die Drüsen selbst druckempfindlich; links war eine wallnussgrosse Drüse. Die Art der Infektion war unbekannt. Die Sklerose bestand drei Wochen

lang; ein Exanthem war nicht vorhanden. Therapie: Liquor Burowi.

8. Bei einem 19jährigen Kommis bestand ausser Angina specifica und Leukoderma Vereiterung von Halslymphdrüsen. Gelegentlich der Demonstration eines analogen Falles in der Innsbrucker Aerztegesellschaft[1]) bemerkte Rille, dass man auffallend häufig Syphilitiker sähe, die im 2. Halbjahre ihrer Krankheit oder auch 2 bis 4 Jahre post infectionem zu Drüseneiterungen disponierten und dass daher, wenn sich bei einem jüngeren Individuum, besonders bei Männern, Drüsenschwellungen am Halse fanden, wobei andere ätiologische Momente (Skrophulose u. dgl.) sich ausschliessen liessen, meist die Syphilis ätiologisch beteiligt sei. Er habe in 20 oder mehr Fällen diese Erfahrung gemacht; trotzdem fänden sich in der Literatur keine Angaben hierüber. In unserem Falle wurde inzidiert; meist entleert sich spärliches dünnflüssiges, nicht eitriges, sondern mit nekrotischen Bröckeln vermengtes Sekret.

9. Im Kindesalter acquirierte Lues fand sich bei einem 1jährigen Mädchen. Es bestand makulo-papulöses Exanthem, Roseola anulata, breite Condylome am Gaumen und in der Afterkerbe nässende Stellen und Papelreste. Die im Kindesalter acquirierte Lues liefert im Gegensatz zur hereditären Syphilis dieselbe relativ günstige Prognose wie die im späteren Alter erworbene. Die Unterscheidung von der hereditären Syphilis ist auf Grund der klinischen Symptome stets mit Leichtigkeit zu treffen. Bei hereditärer Lues findet eher eine Konfluenz makulöser Effloreszenzen statt, und papulöse Effloreszenzen sind meist durch ihre ansehnlichere Grösse und oft durch eine leichte zentrale Dellung von den gleichen Manifestationen der erworbenen Lues unterschieden. Besonders wichtig ist,

[1]) Wiener Klin. Wochenschr. 1899 No. 24.

wie Rille[2]) hervorhebt, dass der Befund von hypertrophischen Formen der nässenden Papeln am Genitale und After entschieden für acquirierte und gegen hereditäre Syphilis sprechen.

10. Zwei Fälle von tertiär-syphilitischer Leukoplakie. Der erste fand sich bei einem 68jährigen israel. Tempelsänger mit Leucoplakia mucosae oris specifica und Leucaplakia linguae. An der vorderen Zungenhälfte befand sich eine talergrosse dicke weisse oberflächlich gefelderte und zerklüftete, nicht abziehbare Schwarte. Die Zunge selbst war vergrössert und mit seitlichen Einkerbungen versehen. Ziemlich ähnliche Veränderungen bestanden weiter bei einem 40jährigen Bahnarbeiter.

Eine Heilung dieser Veränderungen wurde ihrem narbigen Charakter gemäss nicht erzielt, immerhin eine Besserung und speziell Milderung der recht intensiv gewesenen subjektiven Beschwerden. Nach der Empfehlung von Fournier wurden Sublimatpillen gegeben und Mundspülungen mit dem von Winternitz gerühmten Heidelbeerdekokt in der Modifikation von Pel (Decoct. fruct. Vaccinii vitis Myrtilli 250 : 1500, coque per horas II ad 750) vorgenommen.

11. In der deutschen Fachliteratur wenig berücksichtig ist ein eigenartiges als Spätform auftretendes Fleckensyphilid, welches als Roseola circinata tardiva bezeichnet werden könnte. Fournier und sein Schüler Brauman beschrieben es 1891 als Erythème circiné tertiaire, Unna reihte es seinen „Neurosyphiliden“ an. Dieses Exanthem findet sich in Form linsengrosser, blassroter, auf Druck eine rostgelbe Verfärbung hinterlassender, nicht schuppender Flecken, die teils zu Gruppen geordnet sind, teils zu einheitlichen, ununterbrochenen Ringen, Ovalen und Guirlanden von Taler- bis weit Ueber-Flachhandgrösse zusammentreten und dann in hohem Masse an ringförmigen Effloreszenzen der Lepra

[2]) Wiener derm. Gesellsch. 23. Mai 1898.

maculo-anaesthetica erinnern. Daneben kommen bisweilen linsengrosse schuppende Knötcheneffloreszenzen vor. Dieses Spätexanthem erscheint schwerlich vor Ende des 2. Jahres, eher im 3.—6. Jahre, aber auch noch sehr viel später: so in je einem Falle von Fournier 23 und sogar 46, in einem Falle Rille's 32 Jahre port infectionem.[1] Im Gegensatz zu Fournier ist Rille der Ansicht, dass dieses Exanthem sich auch durch eine prolongierte Inunktionskur nur schwer beeinflussen lasse, und hält daher lokale Applikation von grauem Pflaster, eventuell die Welander'sche Methode des Ueberstreichens mit grauer Salbe für die zweckmässigste Therapie. Im Berichtsjahre kam Roseola tardiva in zwei Fällen zur Beobachtung, bei einem 42jährigem Kranken mit unbestimmter Krankheitsdauer und bei einem dieses Exanthem an Vorderarmen und an dem Nates aufweisenden 20jährigen Selchergehilfen, welcher 3 Jahre zuvor mit 36 Inunktionen behandelt wurde. Seither sollten keine Erscheinungen mehr aufgetreten sein. Ausserdem hatte Patient noch orbikuläre trockene Papeln am Skrotum. Die Behandlung bestand in 20%igen Sublimatinjektionen.

Ulcus molle.

	Männer	Frauen	Summa
Gesamtzahl	53	5	58
Davon mit Phimose	4	—	4
mit Gangrän	1	—	1
mit Bubo	18	2	20
und zwar links	12	1	13
rechts	5	1	6
beiderseitig	1	—	1

[1]) Lübbers, Dissertation, Leipzig 1904.

Lokalisation:	Anzahl:
Frenulum	6
Sulcus coronarius	5
Sulcus coronarius und lamina interna praeputii	5
Sulcus coronarius und orificium urethrae	4
Lamina interna praeputii	3
Penishaut	3
Margo praeputii	2
Glans und lamina interna praeputii	2
Glans	1
Lamina externa	1
Orificium urethrae	1
Introitus vaginae	2
Anus (feminae)	1

Die häufigste Lokalisationsstelle des weichen Schankers ist wiederum der Sulcus coronarius, das frenulum-und die innere Praeputiallamelle, eine Erfahrung, welche mit der über 3000 Fälle berücksichtigenden Statistik von v. Petersen übereinstimmt.

In fast einem Drittel der Fälle war der weiche Schanker, 1 mal doppelseitig, gefolgt vom Bubo. In 1 Fall bestand die Komplikation mit Gangrän, in 4 Fällen Phimose.

Die Therapie bezweckt die Desinfektion durch antiseptische Umschläge oder Streupulver. Es wurden angewendet: Carbolwasser 22, tristol 11, Xeroform 9, Calomel 3, essigsaure Tonerde und gelbe Präzipitatsalbe (0,2 : 20,0) je 2 und Airol 1 mal. — Die Bubonen wurden in 6 Fällen inzidiert, im übrigen zunächst mit Umschlägen behandelt und der Krankenhausbehandlung zugewiesen.

Was bislang als gangränöser (phagedänischer) Schanker beschrieben wurde, ist, wie Matzenauer und Róna wahr-

scheinlich machen, mit mehr Recht als ein idiopathischer Prozess, als infektiöse, durch bestimmte Mikroorganismen (Vincent's Bacillus fusiformis und Spirochaete „refringens") hervorgerufene Genitalgangrän anzusprechen.

Dennoch scheinen die nekrotisierenden Geschwürsformen nicht allemal selbständig sich zu entwickeln, sondern gelegentlich im Anschlusse an herpetische und aphthöse Erosionen oder an Ulcera mollia. Diese von Rille ausgesprochene vermittelnde Ansicht[1]) hat neuestens ihre Bestätigung erfahren durch das von Balzer und Poisot konstatierte gleichzeitige Vorkommen von Vincent'schen Fuso-Spirillen mit Ducrey'schen Schankerbazillen.[2])

Gonorrhoe.

Die Gonorrhoe nebst Komplikationen beansprucht mit 295 Fällen = 11,8 % der Gesamtziffer die erste Stelle unter den venerischen Krankheiten.

	Männer	Frauen	Summa
Gesamtzahl	270	25	295
Urethritis	218	6	224
und zwar akut	109	2	—
nichrosch	154	3	—
u. anterior	147	—	—
u. posterior	107	—	—
Epididymitis	37	—	—
und zwar links	15	—	—

[1]) Lehrbuch S. 52.

[2]) Société française de Derm. et de Syph., 7. Juni 1906.

	Männer	Frauen	Summa
Epidymitis rechts	20	—	—
„ beiderseits . . .	2	—	—
Cystitis	11	3	14
Abscessus testiculi	1	—	—
Paraurethritis	2	—	—
Cavernitis	1	—	—
Prostatorrhoea	1	—	—
Periurethritis fossae navicularis	1	—	—
„ perinei	1	—	—
Cervicitis	—	6	—
Gonorrhoe der Adnexe . . .	—	5	—
Bertholinitis links	—	1	—
„ rechts	—	1	—
Vulvovaginitis infantum . . .	—	3	—

Der relativ sehr niedrige Prozentsatz der blennorrhoisch erkrankten Frauen erklärt sich daraus, dass diese sich vielfach in die Behandlung von Gynäkologen begeben. Was die Urethritis der Männer antrifft, war der Prozess bei etwa $^2/_3$ der Fälle ins chronische Stadium eingetreten. Dem gegenüber ist hervorzuheben, dass der Tripperprozess in der Hälfte der Fälle von der vorderen auf die hintere Harnröhre fortgeschritten war. Jadassohn gibt demgegenüber an, dass sich Urethritis posterior in 87 % einzustellen pflege, andere Beobachter haben noch höhere Zahlen gefunden.

Unter den Complikationen der Gonorrhoe beim Manne finden wir in erster Linie Epididymitis und Cystitis, wogegen die anderen an Zahl bedeutend zurücktreten. Unter 2 Fällen von Periurethralabszess bestand 1 mal Lokalisation

neben akutem Harnröhrentripper an der Fossa navicularis das andere Mal bei einer bereits seit mehreren Jahren bestehenden Blennorrhoe am Perineum. Auch 1 Fall von Cavernitis in Form eines unverschieblichen schmerzhaften überbohnengrossen Knotens im Schwellkörper wurde beobachtet, welche der im subacuten Stadium des Trippers ausgeführten Cohabitation in diesem Falle ihre Entstehung verdankte.

Zu den immerhin selteneren Vorkommnissen zählt ein Fall von Vereiterung des Hodens. Beobachtungen hierüber sind in der Literatur nur spärlich vorhanden. Nach Rille[1]) ist eine gonorrhoische Entzündung des Hodens analog der des Nebenhodens bisher mit Sicherheit überhaupt nicht beobachtet worden, denn eine geringe, meist schmerzlose Anschwellung des Hodens ist eher auf seröse Imbibition als auf wirkliche Entzündung zurückzuführen. Auch müsse man sich vor Verwechslung mit einer konkomitierenden Vaginalitis hüten. Ferner ist er der Ansicht, dass Orchitis gonorrhoica nur dann zu stande kommen dürfte, wenn sich bereits im Nebenhoden Eiterherde entwickelt haben. Dann kommt es in kürzester Zeit zu schmerzhafter Anschwellung sämtlicher Gebilde der betr. Skrotalhälfte, und zur Ausbildung eines Hodenabscesses, welcher, wenn er nicht bald incidiert wird, nach aussen durchbricht und mit Hinterlassung einer trichterförmig eingezogenen Narbe in relativ kurzer Zeit abheilt. Im Eiter finden sich Hodengewebspartikel. Solche Hodenabscesse sind keineswegs, wie Finger und Berdal erwähnen, extrem selten und von Rille jährlich mindestens 2 bis 4 mal beobachtet worden. Neuestens berichtet Buschke[2]) über einen von ihm operierten Fall von Hodennekrose mit Abszessbildung im Anschluss an

[1]) Artikel „Orchitis gonorrhoica“ in Lesser's Encykl. der Haut- und Geschlechtskrankh., Leipzig 1900.

[2]) Deutsche Med. Wochenschr. 1905, Nr. 38.

akute Gonorrhoe und Epididymitis, welch letztere sich aber rückbildete, sodass der Nebenhoden belassen werden konnte.

Die Inzision solcher Abszesse soll nach Rille schleunigst vorgenommen werden und man habe sich dabei auf die einfache Entfernung des Eiters zu beschränken und von Excochleation der Wundhöhle u. dgl., gleichwie von Hervorziehen der Gewebefetzen Abstand zu nehmen, weil sonst das ganze Hodenparenchym vorfallen könnte.

Besondere Beachtung verdient ein Fall von blennorrhoischer Erkrankung eines sog. ductus paraurethralis. Es fand sich bei einem 39 Jahre alten Manne am äusseren Vorhautblatte an der Rückfläche des Penis zwischen den zahlreich vorhandenen grossen als gelbe Punkte durchscheinenden Talgdrüsen ein ca. 1 cm langer, infiltrierter Strang, etwas rechts und rückwärts vom Frenulum. Er wies eine punktförmige vordere, kaum mit einer Borste passierbare und eine stecknadelkopfgrosse hintere Oeffnung auf; beide waren gerötet, aus der hinteren entleerte sich dünner, gonokokkenhaltiger Eiter.

Die praktische Wichtigkeit dieser besonderen Lokalisationen der gonorrhoischen Entzündung liegt darin, dass sie auch nach Abheilung des Urethraltrippers weiter bestehen und nicht allein zur Infektion anderer Personen, sondern wohl auch zur Auto-Reinfektion Veranlassung geben können.

Aus der geringen Zahl von Blennorrhoekranken weiblichen Geschlechts (25 Fälle) sind 3 Fälle von Vulvovaginitis bei Kindern im Alter von 2, $2^1/_2$ und 4 Jahren hervorzuheben. Die Uebertragung war, soweit sich dies eruiren liess, durch Zusammenschlafen mit gonorrhoisch infizierten, älteren Schwestern erfolgt.

Die Therapie der Urethritis blennorrhoica wurde teils mit innerlichen Mitteln, teils mit Injektionen durch-

geführt [1]). In 43 Fällen wurde Copaivabalsam (3 mal täglich 15 Tropfen) und in 22 Fällen Santelöl, (Ol. ligu. Santal. ostindic. 15,0 Aqu. Menth. pip. gtts. 15, 3 mal tägl. 10 Tropfen) verordnet; beide gewöhnlich neben Theedarreichung (Herba Herniariae und Folia Uvae ursi). In 2 hartnäckigen chronischen Fällen, wo mit Balsamicis kein Erfolg erzielt wurde, wurde Aqua Calcis gegeben (tägl. 100 gr mit der doppelten Menge Milch gemischt). Als Injektionen wurden verwendet Lösungen von Protargol 0,5 : 200,0 (50 mal), Largin 0,2 : 200,0 (33 mal), [2]) übermangansaurem Kali 0,02 : 200,0 (13 mal), Zincum sulfocarbolicum 0,2 : 200,0 (7 mal), Resorcin 2,0 : 200,0 (3 mal).

Bei Epididymitis gelangten in 30 Fällen Salbenverbände mit Plumbum jodatum (3,0: Ung. simpl. 30,0), mit Hilfe des Horand-Langlebert'schen Suspensorium, 2 mal Umschläge mit essigsaurer Thonerde zur Anwendung.

Die Abszesse der Bartholini'schen Drüsen wurden inzidiert und feucht verbunden. Gegen Vulvovaginitis infantum wurden Sitzbäder mit Eichenrinde angewendet, Dermatol-Streupuder und innerlich Herba Herniariae und Santelöl (3 mal tägl. 5 Tropfen).

[1]) Fälle, welche einer komplizierteren Instrumentalbehandlung bedurften, wurden der urologischen Abteilung der Wiener Allg. Poliklinik (Reg. Rat Prof. v. Frisch) zugewiesen.

[2]) Das Largin, ein von Finger und Pezzoli in die Therapie eingeführtes Silber-Eiweisspräparat wurde mit sehr gutem Erfolge gegeben.

C. Anderweitige Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Einfache **Balanitis** und **Posthitis** fand sich bei 27 Kranken.

Ausserdem fand sich **Balanitis diabetica** bei einem 50jährigen Silberarbeiter und wurde wegen ihrer charakteristischen klinischen Erscheinungen noch vor dem positiven Ausfalle der Harnuntersuchung diagnostiziert. Das Präputium war in allen Teilen gleichmässig verdichtet, fast von fibröser Härte, hin und wieder gerötet, normal oder weisslich gefärbt. Die Reposition gelang nicht wegen der diffusen Verdickung. Der Vorhautrand da und dort narbig eingezogen, mit einzelnen weisslichgelb belegten fissurenförmigen oder rundlichen Geschwürchen versehen. Im Praeputialsmegma konnten die von Friedrich und O. Simon beschriebenen, für diese Form spezifischen Fadenpilze nachgewiesen werden.

Die Behandlung bestand in Ausspülungen und Watteeinlagen, getränkt in $^1/_2$ % Karbolwasser. In wenigen Fällen fanden auch Streupulver Verwendung: Dermatol 3,0: Amylum 15,0 oder Calomel 3,0: Amylum 30,0.

Orchitis epidemica bei Mumps zeigte ein 38jähriger Wirt. Bemerkenswert ist es, dass derartige Orchitiden sich nur bei geschlechtsreifen Individuen einzustellen pflegen. — Einen anderen Fall von Orchitis metastatica nach einer im Ablauf begriffenen Parotitis epidemica duplex bei einem 16jährigen jungen Mann demonstrierte Rille in der Wiener dermatologischen Gesellschaft [1]). Am 6. Krankheitstage trat die Hoden-

[1]) Arch. f. Dermat. u. Syph. 1895, Band 31, S. 114.

affektion auf. Der linke Hode schien vergrössert, von platter Oberfläche, bei stärkerem Druck empfindlich, der Nebenhode gleichfalls und verhältnismässig noch beträchtlicher vergrössert und in Form eines in die Länge gezogenen Wulstes den Hoden umgebend, von weich-teigigem Gefüge und nicht so derb wie bei gonorrhoischen Epididymitis. Ferner bestand ein leichter Erguss in die Scheidenhaut; am Tage vorher war bei stärkerem Druck ein leichtes Krepitieren nachweisbar. Auch der Samenstrang war fingerdick geschwollen und druckempfindlich. Der prostatische Teil des Vas deferens war, wie die Rektaluntersuchung ergab, nicht affiziert, auch nicht die Prostata.

Die Behandlung bestand in Thee von Herba Herniariae und Salbenverbänden mit Plumbum jodatum 3,0: Vaseline 30.0.

Eine doppelseitige **Epididymitis** und **Funiculitis tuberculosa** wurde bei einem 50jährigen Manne beobachtet. Die Kenntnis dieser Affektion ist wichtig gegenüber einer Unterscheidung von gonorrhoischer Epididymitis. Es ist möglich, dass sich der tuberkulöse Prozess auf dem Boden eines gonorrhoischen lokalisiert oder sich an ein Trauma anschliesst, meist aber ist der Beginn ein schleichender, ziemlich schmerzloser. Man findet dann den Nebenhoden diffus oder in Form einzelner Knoten verdickt, den Samenstrang höckerig und eventuell eine symptomatische Hydrocele. Im weiteren Verlaufe kann es dann zur Verlötung mit den angrenzenden Weichteilen kommen, zur Perforation und Bildung typischer tuberkulöser Fisteln. Meistens ist gleichzeitig Tuberkulose anderer Organe, besonders der Lunge nachweisbar. Die Prognose ist fast durchweg ungünstig, d. h. in Bezug auf lokale Heilung, wenn solche auch vorkommt, besonders im Kindesalter. In diesem Falle wurde zur Operation geraten.

Bei einem 2jährigen Knaben fand sich eine erbsengrosse derb elastische, glasig durchschimmernde **Cyste am Präputium.**

Prostatahypertrophie, Kryptorchismus, Strictura urethrae, Phimosis congenita, Hydrocele, Varicocelea und Hernia inguinalis fanden sich in verschiedenen Fällen und wurden der chirurgischen Station überwiesen.

Paraphimosis traumatica wurde bei 5 jüngeren Leuten beobachtet, reponiert — eventuell nach Incision — und mit feuchten Umschlägen behandelt. In Fällen von mehrtägigem (3—5tägigen) Bestande fand sich ein bei Paraphimose fast konstant nachweisbares, bisher aber übersehenes und von Rille[1]) beschriebenes Symptom, nämlich ein schleimig-eitriger Harnröhrenfluss, welcher einen Tripper vortäuschen kann. Offenbar entsteht dieser Ausfluss durch eine entsprechend dem Einschnürungsringe an der Harnröhre hervorgebrachte zirkumskripte Entzündung oder leichte Gangräneszenz. In zweifelhaften Fällen giebt die Abwesenheit von Gonokokken Aufschluss.

An **Pruritus vulvae** litt eine 58jährige Frau. Diese Form des Pruritus localis kann dieselben Ursachen haben, wie sie bei Besprechung des Pruritus cutaneus aufgezählt wurden. Doch darf man nie versäumen, den Urin auf Zucker zu untersuchen. Die Behandlung bestand in lauen Sitzbädern, Einpinseln mit Tinct. Rusci und Einpudern.

Vulvitis bestand in 3 Fällen, bei einem 1jährigen Mädchen gleichzeitig mit den Zeichen acquirierter Lues, ferner bei einem 17jährigen Mädchen zusammen mit Herpes genitalis und Urethritis und bei einer 30jährigen Arbeiterin. Die Therapie bestand in sorgfältiger Reinigung und Einstreuen von Amylum.

Die **Aphthen des weiblichen Genitale** stellen eine noch ziemlich wenig bekannte Affektion dar. Sie finden sich meistens bei jugendlichen Individuen, die in schlechten Verhältnissen leben, z. B. in feuchten Quartieren, auf fauligem

[1]) Dtsch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 48.

Stroh kampieren. Besonders sind Aphthen dem weiblichen Genitale eigentümlich, finden sich aber wie es scheint auch bei Männern im Sulcus coronarius. Die Geschwüre sind meist flach, den weichen Schankergeschwüren ähnlich, haben aber eine grosse Neigung zu zerfallen und grosse, besonders tiefgehende Ulcerationen herbeizuführen; dabei sind sie oft ziemlich schmerzhaft. Rille hat auch einen Fall von aphthösen Geschwüren in der Circumanalgegend beobachtet[1]). In einem Teil der Fälle finden sich gleichzeitig Aphthen der Mundschleimhaut. Vulvitis aphthosa fand sich unter unseren Kranken 3 mal vertreten, bei 2 Mädchen von 3 und 5 Jahren und bei einer 31jährigen Hebamme, die ausserdem noch tertiär-luetische Erscheinungen aufwies. Speziell bei letzterer war das linke grosse Labium ödematös geschwollen, und an seiner Innenfläche sassen etwa 6 einzelne und konfluierte, seichte, grüngelb belegte Geschwüre. Vor 3 Tagen hatte Fieber bestanden. Die Therapie bestand in Umschlägen mit Liquor Burowi und Dermatolstreupuder.

Wegen **Spermatorrhöe** wurden 6 Individuen von 18 bis 21 Jahren behandelt. Bei der Spermatorrhöe haben wir es, im Gegensatz zu den Pollutionen, stets mit einem krankhaften Prozess zu tun, bei dem die Samenentleerung in den allermeisten Fällen sich an den Defäkations- oder Miktionsakt anschliesst. Die Ursachen sind sehr verschiedene: neuropatische Disposition, sexuelle Exzesse, Urethritis gonorrhoica posterior chronica, konstitutionelle Erkrankungen (Phthise, Diabetes, Nephritis), Erkrankungen des Zentralnervensystems (Tabes, Rückenmarkstrauma). Als Sedativum wurde folgendes Pulver gegeben: Natr. bromat. 10.0, Lupulin 1,0, Camphor. 0.1; m. f. pulv. div. in part. Nr. 10; tägl. 2 Pulver).

---

[1]) Wiener Klinische Wochenschrift 1899, Nr. 24.

Neurasthenia sexualis, unter dem Bilde der Impotentia coeundi und Urethrorrhoea ex libidine, fanden sich in je einem Falle.

Wegen **Hämorrhoiden** wurden 4 Männer und 1 Mädchen, im Alter von 20 bis zu 30 Jahren, behandelt und zwar mit Sitzbädern und Einpinselungen von Tinctura Rusci oder Chrysarobinepidermin 3 : 30. Die Empfehlung des Chrysarobins für Hämorrhoidalleiden stammt wohl von Unna[1]) und hat sich wiederholt bewährt.

[1]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1883, Band 2, Heft 3.

D. Mund- und Rachenaffektionen.

Wegen **Stomatitis mercuralis** kam ein 27jähriger Arbeiter in Behandlung. Vor drei Monaten hatte er Syphilis acquiriert und war auswärts mit 60 Inunktionen behandelt worden. Es wurde für geeignete Mundpflege Sorge getragen. Die mecuriellen Geschwüre wurden nach gründlicher mechanischer Reinigung mit Jodtinktur gepinselt, welche hierbei geradezu spezifische kurative Wirkungen entfaltet.

Stomatitis aphthosa wurde bei neun männlichen und zwei weiblichen Personen verschiedenen Alters, von 14 bis zu 47 Jahren diagnostiziert. Allerdings handelte es sich hierbei um eine Verlegenheitsbezeichnung für eine höchst alltägliche, unseres Wissens gleichwohl kaum noch beschriebene Mundaffektion am Zahnfleisch. Sie besteht aus gewöhnlich in der Einzahl vorkommenden, an der Wangenschleimhaut, am häufigsten aber in der Furche zwischen Backe und Zahnfleisch lokalisierten, scharfrandigen, kreisrunden wie mit dem Locheisen ausgeschlagenen (daher etwas an weichen Schanker erinnernden) seichten Geschwürchen mit diffus gelbeitrig belegter Basis und lebhaft rotem Entzündungshalo. Meist treten sie zur Zeit von Magenverstimmungen oder Exacerbationen chronischer Magenkatarrhe auf und sind bei Berührung lebhaft schmerzempfindlich. Lapisätzung wirkt gewöhnlich verschlimmernd.

Ulcus traumaticum linguae kam bei vier Männern und einer Frau zur Beobachtung. In einem Falle handelte es sich um eine sich selbst angeblich im Schlafe beigebrachte Biss-

wunde, in den anderen Fällen um Verletzungen durch cariöse Zahnstümpfe. Allerdings ist in ähnlichen Fällen Nachforschung wegen Epilepsie nicht unangebracht. Zur Desinfektion wurden Spülungen mit Kali chloricum verordnet und zahnärztliche Behandlung angeraten.

Angina follicularis wurde 3 mal, **Angina phlegmonosa** 1 mal beobachtet und mit Ausspülungen bezw. Incision behandelt.

Bei einem 18jährigen Patienten fand sich ein **Abscess am harten Gaumen.** In der Medianlinie des harten Gaumens, von der Grenze des weichen Gaumens beginnend und fingerbreit vom Zahnfleisch entfernt, sass ein mehr als nussgrosser fluktuierender Knoten, von geröteter Schleimhaut bedeckt. Auf seiner Kuppe waren zwei stecknadelkopfgrosse Perforationsöffnungen, aus denen sich auf Druck, nicht spontan, erst dünner graugelber Eiter, sodann nekrotische Bröckel entleerten. Die Affektion bestand seit acht Tagen und ging mit Fieber und grosser Schmerzhaftigkeit einher. Es wurden Ausspülungen verordnet. Der Fall war bemerkenswert wegen der möglichen Verwechslung mit spätluetischen Ulcerationen.

Eine **Ranula** wurde bei einem 32jährigen Postbeamten konstatiert bei gleichzeitiger indolenter Halsdrüsenschwellung. Seit vier Monaten bestand am Zungengrunde eine der rechten Glandula sublingualis angehörige schmerzlose teigige Geschwulst. Die oberflächliche Schleimhaut war teils fleischrot und drusigwarzig, teils stellte sie eine mehr bläulichweisse, ziemlich dicke Schwarte dar. Auch gegen das Zungenbein hin, das undeutlich hervortrat, fand sich eine bläulichweisse, derbe Stelle, zwei andere weiter nach rechts rückwärts. Der Pharynx war dunkelrot. Die Kieferwinkelgegend rechts gegen das Zungenbein hin war hart infolge unverschieblicher grosser Drüsen. Die Pupillen waren eng, reaktionslos.

Periostitis e dente carioso zeigte sich in drei Fällen und wurde mit feuchten Umschlägen behandelt; in zwei anderen Fällen war eine **Fistula e dente carioso** vorhanden.

Hypertrophia labii oris superiosis e scrofulosi, wie sie sich häufig bei der tropiden Form der Skrofulose findet, war bei einem 3jährigen Kind und einem Mädchen von 20 Jahren zu beobachten, in ersterem Falle kombiniert mit Ekzem am Naseneingang. Das Leiden wurde mit Leberthran sowie Verbänden mit weisser Präzipitatsalbe behandelt.

Lebenslauf.

Ich, Erich Conradi, Verfasser dieser Arbeit, wurde geboren als Sohn des Fabrikbesitzers August Conradi und seiner Frau Maria, geb. Schnier am 15. Mai 1882 zu Limbach in Sachsen. Bis 1894 besuchte ich die Bürgerschule meiner Vaterstadt, sodann das Kgl. Gymnasium zu Chemnitz, das ich Ostern 1901 mit dem Reifezeugnis verliess. Meine medizinischen Studien begann ich in Marburg a. L. und setzte sie fort in Leipzig, wo ich Ostern 1903 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Darauf ging ich nach Freiburg i. B. und dann wieder nach Leipzig, wo ich im Februar 1906 die ärztliche Staatsprüfung beendete.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten.

Marburg: Disse, Gasser, A. Meyer, Richarz, Zincke, Zumstein.

Freiburg: Autenrieth, Bäumler, Bulius, Clemens, Fischer, Kraske, Manz, Roos, Schüle, Sellheim, Ziegler (†).

Leipzig: Barth, Bielschowsky, Birch-Hirschfeld, Boehm, Chun, Curschmann, Fischer, Flechsig, Füth, Garten, Held, Hering, Hirsch, His (†), Hoffmann, F. Hofmann, F. B. Hofmann, Köster, Krückmann, v. Lesser, Marchand, Menge, Perthes, Pässler, Rabl, Riecke, Rille, Risel, Sattler, Schütz, Seiffert, Siegfried, Simroth, Soltmann, Spalteholz, Tillmanns, Trendelenburg, Wiener, Wislicenus (†), Wilms, Woltereck, Zweifel.

Allen diesen Herren möchte ich zum Schlusse meinen herzlichsten Dank aussprechen. Zu ganz besonderem Danke aber fühle ich mich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Rille, verpflichtet für die liebenswürdige Ueberweisung dieser Arbeit und die vielfachen Anregungungen und Unterstützungen, die er mir bei ihrer Bearbeitung zu teil werden liess.